

MASTEROPPGAVE

Mat, ernæring og helse

2012

Mattilbud for rusmiddelavhengige

En kartlegging og vurdering av mattilbudet ved institusjoner tilknyttet
Rusmiddeletaten i Oslo

Ingvild Steen Nøding

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



Forord

Arbeidet med denne masterstudien har vært en spennende og lærerik prosess. Studien har gitt meg bred innsikt i utfordringene som er knyttet til feltet rus og ernæring, samt en forståelse av hvor viktig det er å ha fokus på mat og ernæring i arbeidet med rusmiddelavhengige.

Jeg vil først og fremst takke alle ernæringsansvarlige og andre ansatte ved institusjonene som deltok i studien. Deres innsats i å dele verdifull informasjon har gjort at denne studien kunne gjennomføres. Takk for at jeg ble så godt mottatt på institusjonene. Takk til de brukere og beboere som slo av en prat med meg over en kopp kaffe, en skive brød eller mens vi spiste middag sammen. Deres historier og fortellinger vil jeg alltid huske. Jeg vil også takke ledelsen i Velferdsetaten (tidligere Rusmiddeletaten), ansatte i Prosjekt ERT og institusjonslederne som tilrettela for at personalet kunne delta i studien. En spesiell takk går til Rose-Linn Bø Arntzen, prosjektansvarlig i Prosjekt ERT, som har vært svært behjelpelig gjennom hele prosessen.

En stor takk går til min veileder Ingrid Barikmo. Takk for din faglige støtte, dine konstruktive tilbakemeldinger, din tilgjengelighet og din positivitet. En takk går også til den herlige gjengen på masterrommet.

Oslo, 14. mai 2012

Ingvild Steen Nøding

Innhold

1 Introduksjon og bakgrunn	1
1.1 Rusmiddelmisbruk og forebygging	1
1.2 Rusmiddelavhengiges helse- og ernæringssituasjon	2
1.3 Bakgrunn for denne masterstudien	6
1.4 Masterstudiens tema og hensikt	7
1.5 Hovedmål og spesifikke målsetninger	8
2 Begrepsavklaringer i forhold til Rusmiddeletaten	9
2.1 Rusmiddeletaten og tilhørende rusomsorgsinstitusjoner	9
2.1.1 Seksjonene i Rusmiddeletaten	10
3 Teori	12
3.1 Årsaker til et mangelfullt kosthold	12
3.1.1 Årsaksmodell som et konseptuelt rammeverk	13
3.2 Rusmiddelavhengiges rettigheter	15
3.3 Rusmiddelavhengiges mattilbud	15
3.4 Hva innebærer et godt mattilbud?	17
3.5 Kostråd	19
3.5.1 Nasjonale kostråd	19
3.5.2 Veileder og retningslinjer	21
4 Utvalg og metode	26
4.1 Valg av metode	26
4.2 Utvalg	27
4.3 Datainnsamling	27
4.3.1 Praktisk gjennomføring	27
4.3.2 Spørreskjema	28
4.3.3 Observasjon	29
4.4 Pretest	30
4.5 Databehandling	30
4.5.1 Statistiske analyser	31
4.5.2 Vurderinger av måltider og matvarer	31
4.6 Etiske overveielser	32
5 Resultater	33
5.1 Utvalget	33
5.2 Mattilbudet i Rusmiddeletaten	33
5.2.1 Enkeltmåltidene	35
5.3 Antall beboere og brukere som benyttet seg av mattilbudet	36
5.4 Enkeltmåltidene	37
5.4.1 Beskrivelse og vurdering av brødmåltider	37

5.4.2 Beskrivelse og vurdering av middagsmåltider	42
5.4.3 Beskrivelse og vurdering av andre måltider og serveringer	44
5.4.4 Tilbud av spesifikke matvarer	46
5.5 Fullkosttilbudene	47
5.5.1 Måltidstilbud og måltidsfrekvens	47
5.5.2 Beskrivelse av spesifikke typer pålegg og andre matvarer	48
5.5.3 Vurdering av variasjon av matvaregrupper ved brødmåltidene	49
5.5.4 Beskrivelse og vurdering av middag	49
5.6 Forhold som kan ha innvirkning på mattilbudet	50
5.6.1 Tidspunkt for måltidsservering	50
5.6.2 Retningslinjer og rammer rundt mattilbudet	50
5.6.3 Ernæringsansvar	55
5.6.4 Måltidsforberedelser og måltidssituasjonen	56
5.6.5 Faktorer som respondentene selv mente kunne ha innvirkning på mattilbudet	61
6 Diskusjon	62
6.1 Diskusjon av utvalg og metode	62
6.1.1 Utvalg	62
6.1.2 Metode	63
6.1.3 Studiens reliabilitet og validitet	66
6.2 Resultatdiskusjon	67
6.2.1 Diskusjon av vurderingen av enkeltmåltidene og fullkosttilbudene	67
6.2.2 Diskusjon av forhold som kan ha innvirkning på mattilbudet	72
7 Konklusjon.....	78
8 Forslag til hva som kan forbedres	79
Litteraturliste	81
Vedlegg.....	87

Liste over figurer

Figur 1. Konseptuelt rammeverk som viser årsaker til feil- og underernæring hos rusmiddelavhengige. Modifisert etter <i>UNICEFs Conceptual Framework for the Causes of Malnutrition</i> (Jonssons, 1995).....	14
Figur 2. Andel i prosent som serverte spesifikke typer pålegg til brødmåltider, inkludert smør og margarin, Rusmiddeletaten, 2011	37
Figur 3. Variasjonen i tilbudet ved brødmåltider uttrykt som matvaregrupper og ulike typer måltider, Rusmiddeletaten, 2011	40

Liste over tabeller

Tabell 1. Inntak av tilsatt sukker som tilsvarer anbefalt øvre grense på ti energiprosent. Modifisert tabell etter Nasjonalt råd for ernæring (2011).....	21
Tabell 2. Oversikt over institusjonens tilhørende seksjon, måltider som ble tilbudt, antall serveringer og tillagt kategori, Rusmiddeletaten, 2011	34
Tabell 3. Prosentvis fordeling av vurderingen av variasjonen i ulike brødmåltider, fordelt på både seksjoner og kategorier, Rusmiddeletaten, 2011	41
Tabell 4. Prosentvis fordeling av vurderingen av variasjonen i brødmåltider totalt, fordelt på både seksjoner og kategorier, Rusmiddeletaten, 2011	42
Tabell 5. Prosentvis fordeling av vurderingen av middagsmåltidene, fordelt på både seksjoner og kategorier, Rusmiddeletaten, 2011	44
Tabell 6. Andel institusjoner som tilbød sukker, fordelt på både seksjoner og kategorier, Rusmiddeletaten, 2011	46
Tabell 7. Måltider som ble servert, samt klokkeslett for servering av ulike måltider på fullkostinstitusjoner, Rusmiddeletaten, 2011	48

Akronymer

ERT	Ernæring, rus og tannhelse
EST	Eldre og sosiale tjenester
FAO	Food and Agriculture Organization, FNs organisasjon for ernæring og landbruk
FN	De Forente Nasjoner
KMI	Kroppsmasseindeks
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
MAR	Medikamentassistert rehabilitering
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ØSK	Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

Sammendrag

Bakgrunn og mål: For om lag ti år siden ble det for første gang satt fokus på rusmiddelavhengiges svært mangelfulle kosthold. I 2011 ble det startet et prosjekt i regi av Oslo kommune, med mål om å bedre ernæringsstatus og tannhelse for beboere og brukere av Rusmiddeletatens institusjoner. Prosjektet skal i utgangspunktet vare i omlag to år, og har fått navnet Prosjekt ERT. Et delmål i prosjektet er at tilbudet av mat og måltider i institusjonene er blitt forbedret og utvidet ved prosjektets slutt. Denne masterstudien var knyttet til dette prosjekt, med hovedvekt på det ovenfornevnte delmål. Rusmiddelavhengige er en av de grupper som trenger særlig ernæringsmessig oppmerksomhet, og således er det viktig at maten som blir servert på rusomsorgsinstitusjonene er næringsrik. Hovedmålet med denne masterstudien var å kartlegge og vurdere mattilbudet ved institusjoner i Rusmiddeletaten som er tilknyttet Prosjekt ERT.

Utvalg og metode: Utvalget var 25 ulike institusjoner ved Rusmiddeletaten i Oslo som var tilknyttet Prosjekt ERT. Det var i utgangspunktet ernæringsansvarlig på hver enkelt institusjon som skulle bli kontaktet og intervjuet. Studien baserte seg hovedsakelig på kvantitativ metode som forskningsstrategi, men med innslag av kvalitativ metode. Et selvutviklet spørreskjema, inkludert et måltidsintervju, var hovedinstrumentet for datainnsamlingen. En ustrukturert bruk av observasjon ble også benyttet.

Resultater: Innholdsmessig ble de fleste enkeltmåltider ved institusjonene vurdert til å ha relativ stor variasjon av matvaregrupper eller til å være tilfredsstillende i forhold til kostråd. Fullkosttilbudene tilbød også stort sett varierte og tilfredsstillende måltider. Når det gjaldt tilbudet av spesifikke matvarer, ble det funnet noen forhold som klart kan forbedres. Blant annet syntes tilbudet av frukt å være nokså begrenset på flere av institusjonene. Det ble også registrert et relativt hyppig tilbud av søt og sukkerholdig mat og drikke, servering av fine og fete matvarer, samt tilbud av rent sukker. Bortsett fra fullkostinstitusjonene, og til en viss grad også dagsentrene, viste det seg at flere av institusjonene hadde en lav måltidsfrekvens. På flere av institusjonene manglet det dessuten klare rammer og nedskrevne retningslinjer i forhold til mattilbudet. Når det gjaldt måltidssituasjonen, virket det som om samtlige institusjoner hadde fokus på å skape en hyggelig måltidsatmosfære, der beboere og brukere skulle få en opplevelse av å bli sett og ivaretatt.

Konklusjon: Institusjonenes beboer- og brukergrupper varierer veldig, til og med innenfor en og samme seksjon. Det kan derfor være vanskelig å lage generelle retningslinjer som passer for alle institusjonene. Hver institusjon bør således vurderes enkeltvis slik at man kan sette sammen et fullverdig mattilbud som er tilpasset beboer- og brukergruppens ernæringsmessige behov.

Abstract

Background and aim: The deficient diet of drug addicts has not been a focus until about ten years ago. In 2011, the Municipality of Oslo started a project, with the goal of improving the nutritional status and dental care for residents and users of the Agency for Alcohol and Drug Addiction Services, Rusmiddeletaten. The project will initially last for about two years, and has been named Project ERT. One of the objectives of this project was that the food and meals offered at the institutions would increase and improve by the end of the project. This Master study was related to Project ERT with emphasis on the above objective. Drug addicts are one of the groups who need special nutritional attention and therefore it is important that the food served to them also is nutritious. The aim of this master study was to identify and assess the food offered at institutions in the Rusmiddeletaten, who are associated with Project ERT.

Sample and methods: The sample was 25 different institutions for drug addicts, which were a part of Project ERT. A nutritional manager at each institution was to be contacted and interviewed. The study was based primarily on quantitative methods as a research strategy, with some elements of qualitative analysis. A self-made questionnaire and a ‘meal-interview’ were instruments for the collection of data. Unstructured use of observation was also applied.

Results: In terms of the content, most individual meals at the institutions were considered to have a relatively large variation of the different food groups or to be adequate in relation to the dietary guidelines. Where full board was provided, the meals offered were mostly varied and satisfying. Some weaknesses were found regarding certain specific foods. The selection of fruits, among other things, seemed to be fairly limited in several institutions. It was also noted that sweet and sugary foods and drinks, foods with high fat, white bread, as well as pure sugar were relatively frequently offered. Apart from the institutions providing full board, and to some extent also the day centers, it turned out that several of the institutions had a low meal frequency. Many of the institutions lacked also clear limits and written guidelines in relation to the food service. Regarding the eating situation, it seemed as if all the institutions had a focus on creating a pleasant atmosphere, where residents and users would have the experience of being seen and taken care of.

Conclusion: The institutions’ residents and user-groups vary a lot, even within the same sections. It may therefore be difficult to create general guidelines suitable for all institutions. Each institution should therefore be assessed individually so that the food being offered is adequate and tailored to the nutritional needs of those receiving it.

1 Introduksjon og bakgrunn

Ernæringsmessige utfordringer knyttet til rusmiddelavhengighet er et relativt nytt fokusområde. For om lag ti år siden ble det for første gang i Norge satt søkelys på rusmiddelavhengiges svært mangelfulle kosthold, med blant annet Sælends (2000) rapport *Mat på livets skyggeside*. Dette førte til at flere forskere ved Høgskolen i Akershus og fagfolk i Rusmiddeletaten i Oslo kommune ønsket mer vitenskapelig dokumentasjon på forhold knyttet til helse og ernæring blant rusmiddelavhengige, og de innledet derfor et faglig samarbeid. Forskere ved Høgskolen i Akershus fikk i oppdrag å undersøke helse- og ernæringstilstanden til rusmiddelavhengige i Oslo. Funn fra deres studie ble lagt frem i rapporten *Mat i kampen for et verdig liv under rusmiddelavhengighet: Ernæringsmessige utfordringer* (Sælend, Smehaugen, Eriksen, Barikmo & Oshaug, 2002). Her ble det bekreftet at de rusmiddelavhengige i studien hadde et spesielt og ofte mangelfullt kosthold.

For å forbedre ernæringsstatus hos rusmiddelavhengige ble det i sistnevnte rapport (Sælend et al., 2002) gitt flere anbefalinger og forslag til forbedringer. Blant annet ble det foreslått at matserveringen på de ulike institusjonene og deres åpningstider måtte tilpasses de rusmiddelavhengiges livsmønster og oppholdssted. Dessuten ble det poengtert at matservering og ernæringshensyn burde bli en integrert del av den offentlige rusomsorgen. Funnene og anbefalingene gitt i rapporten til Sælend et al. (2002) bidro til at det etter hvert ble innført obligatorisk matservering i lavterskelinstitusjoner drevet av Oslo kommune, som i hovedsak gjaldt institusjonene tilhørende Seksjon skadereduksjon (Morseth, 2008).

1.1 Rusmiddelmisbruk og forebygging

I alle samfunn eksisterer og nyttes det ulike former for rusmidler. Type rusmidler, omfang og bruk varierer derimot mye i ulike kulturer og samfunn. I Norge dominerer bruk av alkohol, og alkoholen har vært en del av folks levemåte i mer enn tusen år. Narkotika ble for alvor et samfunnsproblem i Norge i 1960-årene, og er i dag et langt mer synlig samfunnsproblem i media og folks bevissthet enn hva gjelder alkoholkonsum (Mæland, 2009).

Rusmiddelbrukere kan deles inn i tre grupper etter type bruk av rusmidler, henholdsvis måteholdsbrukere, misbrukere og avhengige. Relevant for denne masterstudien er begrepet rusmiddelavhengige, og defineres som ”personer som ikke greier å styre sitt forbruk av rusmidler, og som selv opplever problemer på grunn av denne avhengigheten, samtidig som

de skaper problemer for andre” (NOU 2003: 4, 2003, s. 15). Av rusmiddelbrukere er sprøytemisbrukere en særlig hardt belastet gruppe, som synes å ha større problemer med selve stoffavhengigheten enn andre misbrukere (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2006).

Antall sprøytemisbrukere i Norge var i 2005 anslått å ligge på mellom 8200 og 12 500 personer (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2006). Det var en nedgang fra 2001, da Norge nådde en topp med anslått 10 500 til 14 000 sprøytemisbrukere (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2006; NOU 2003: 4, 2003). Nedgangen fra 2001 til 2005 har trolig en sammenheng med at mange sprøytemisbrukere ble tatt inn i legemiddelassistert rehabilitering [LAR] fra år 1998. Etter 2005 anslås antallet å ha holdt seg nokså stabilt (Skretting & Storvoll, 2011). De fleste sprøytemisbrukere er menn. Det har siden 1990-tallet vært en liten nedgang i andel kvinnelige sprøytemisbrukere, og er i de siste beregninger anslått å ligge på om lag 25-30 prosent av det totale antallet. Gjennomsnittsalderen blant sprøytemisbrukere synes å være økende, og rekrutteringen til gruppen skjer fra et mye bredere alderssegment enn tidligere, da det som regel skjedde blant de helt unge. Tall viser også at Oslo er den byen i Norge med flest injiserende rusmiddelavhengige. I 1999 bodde om lag halvparten av landets sprøytemisbrukere Oslo i, men siden da er andelen anslått å ha sunket noe (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2006).

Forebygging av helseskader forårsaket av rusmidler er et viktig innsatsområde der flere ulike forebyggende tiltak og virkemidler er tatt i bruk. Dette er et område der man kan møte store utfordringer i forhold til det forebyggende arbeidet, men likevel et område som har potensial og der man ser at forebygging fungerer og kan gi resultater (Mæland, 2009).

1.2 Rusmiddelavhengiges helse- og ernæringssituasjon

Rusmiddelproblemer kan påvirke ens helse- og ernæringssituasjon, men dette vil kunne variere fra person til person, avhengig av flere faktorer som blant annet graden av misbruk, hvilke rusmidler en bruker og om en i tillegg har andre helseproblemer. Det kan ramme mennesker i alle deler av befolkningen, samt alle aldersgrupper (Helsedirektoratet, 2011; Sæland et al., 2002). Hvis man ser på rusmiddelavhengige som en gruppe, så er de ofte rammet av flere ulike typer sykdommer og infeksjoner enn mange andre grupper. Trolig har de et større behov for energi og næringsstoffer enn de som ikke er utsatt for infeksjoner, da deres evne til opptak og utnyttelse av næringsstoffer kan være svekket (Sæland et al., 2002).

Mortalitetsraten blant rusmiddelavhengige er høy sammenlignet med resten av befolkningen. Det skyldes i hovedsak overdoser, men også selvmord, hjertesykdom, opiatmisbruk, ulykker, sår og infeksjoner kan være en forklarende årsak (Kurtze & Eide, 2003). Blant rusmiddelavhengige er sprøytemisbrukere antatt å være den hardest belastede gruppen, og de har en enda høyere sykkelighet og dødelighet enn andre grupper rusmiddelavhengige (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2006).

I rapporten *Mat i kampen for et verdig liv under rusmiddelavhengighet: Ernæringsmessige utfordringer* (Sæland et al., 2002) ble det konstatert at mange av deltakerne i studien av de rusmiddelavhengige i Oslo hadde et mangelfullt kosthold¹. Det viste seg blant annet at mange spiste generelt svært lite, med unntak av noen få som spiste særdeles mye. Noen få oppga at de overhodet ikke hadde spist mat den foregående dag (Sæland et al., 2002). I en nylig publisert britisk studie ble det også avdekket at flere heroinmisbrukere ikke nødvendigvis inntok mat daglig når de var i aktiv rus (Neale, Nettleton, Pickering & Fischer, 2012). Videre i studien av de rusmiddelavhengige i Oslo (Sæland et al., 2002) ble det sett variasjon i matinntak avhengig av type rusmidler som ble brukt. For eksempel tydet det på at de som tok amfetamin spiste mindre enn de som brukte andre rusmidler. I forhold til ernærings situasjonen konkluderte studien med at den var noe kritisk for begge kjønn, men mest urovekkende for kvinnene.

Mange av deltakerne i studien fra Oslo rapporterte at de hadde begrenset tilgang til mat, hovedsakelig på grunn av dårlig økonomi (Sæland et al., 2010). En person kan være utsatt for ernæringsmessig risiko dersom matinntaket over tid blir for lite. En slik tilstand kan disponere for utvikling av underernæring (Helsedirektoratet, 2011). En konsekvens av underernæring kan være at kroppens forsvar mot infeksjoner reduseres, blant annet ved nedsatt produksjon av viktige blodproteiner og blodceller og ved svekkelse av hud og slimhinner (Statens ernæringsråd, 1995). Mange brukere av omsorgstjenesten har problemer som feilernæring eller underernæring (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006). Feilernæring refererer i hovedsak til alle typer avvik fra en tilstrekkelig og optimal ernæringsstatus, og utvikles på bakgrunn av utilstrekkelig inntak eller opptak av spesifikke næringsstoffer. Underernæring refererer til

¹ Studien av de rusmiddelavhengige i Oslo ble først utgitt i en rapport fra 2002 (Sæland et al.). Utvalget var basert på de data som var samlet inn medio september 2002, og inkluderte 169 personer. I artiklene fra samme studie utgitt i senere år (Sæland et al., 2008; Sæland et al., 2010) var utvalget noe større, 195 deltakere, da datainnsamlingen hadde vart frem til april 2003.

dårlig ernæringsstatus på bakgrunn av et utilstrekkelig energiinntak, uavhengig av om inntaket av spesifikke næringsstoffer er tilstrekkelig eller ikke (Shetty, 2006).

I studien til Sæland et al. (2002) ble det registrert en høyere forekomst av feilernæring og underernæring blant de kvinnelige deltakerne enn hos de mannlige. Når det gjaldt kroppsmasseindeks [KMI] blant de rusmiddelavhengige, var den i gjennomsnitt lavere enn gjennomsnittlig KMI i befolkningen. Igjen var det flere kvinner enn menn som ble kategorisert som undervektige (Sæland et al., 2008; Sæland et al., 2002). Flere studier publisert i andre land har også sett en sammenheng mellom rusmiddelproblemer og lav KMI. Blant annet viste en spansk studie av rusmiddelavhengige, dog under behandling eller rehabilitering, at 92 prosent av deltakerne veide under den gjennomsnittlige vekten av befolkningen som helhet. Hos de fleste deltakerne var likevel ikke KMI betraktet som alvorlig lav (Santolaria-Fernández et al., 1995). I Forrester et al. (2000) sin studie av hiv-positive rusmiddelavhengige, viste det seg at de kvinnelige deltakerne hadde en lavere kroppsvekt og KMI enn gjennomsnittet for kvinnene i testgruppen som ikke var rusmiddelbrukere. Det var således ingen signifikante forskjeller i KMI og kroppsvekt hos de mannlige rusmiddelavhengige sammenlignet med testgruppen. I en polsk studie av opiat²-avhengige rusmiddelbrukere, kvalifisert til metadonbehandling, ble deltakernes ernæringsstatus undersøkt. Det viste seg blant annet at 44 prosent av de mannlige deltakerne og 21 prosent av de kvinnelige deltakerne hadde en så lav KMI at forskerne mente det indikerte tegn på underernæring (Szpanowska-Wohn, Kolarzyk, Kroch & Janik, 2000).

Inntaket av nødvendige næringsstoffer var lavt blant mange av deltakerne i studien av de rusmiddelavhengige i Oslo (Sæland et al., 2010; Sæland et al., 2002). Mange av de rusmiddelavhengige hadde lavt inntak og lave nivåer av vitamin D, B₆ og jern. Jernmangel var mest utbredt blant de kvinnelige deltakerne. Det ble i tillegg observert noe lave inntak av vitamin A, C, tiamin og riboflavin. Noen få av deltakerne hadde også lave nivåer av vitamin E og B₁₂, samt mineralet selen (Sæland et al., 2002). I en amerikansk studie av heroinmisbrukere fra slutten av 70-tallet viste det seg at 76 prosent av deltakerne hadde mangel på minst ett mikronæringsstoff. Mangel på vitamin B₆ og folat ble oppdaget hos henholdsvis 45 og 37 prosent av deltakerne. Flere av de rusmiddelavhengige hadde også mangel på tiamin, riboflavin og vitamin B₁₂ (El-Nakah, Frank, Louria, Quinones & Baker,

² Opiater utvinnes fra opiumsvalmuen. I gruppen av naturlige opiumsprodukter finner man blant annet heroin og morfin. Kjemisk fremstilt opiumsprodukter har lignende virkning, for eksempel metadon (Schultz, 1998).

1979). Studien til Forrester et al. (2000) viste at de hiv-positive rusmiddelavhengige som deltok i undersøkelsen hadde et lavere inntak av vitamin C, vitamin E, jern, folat og sink enn testdeltakerne som ikke var rusmiddelbrukere. I en annen studie av opiat-avhengige rusmiddelbrukere i metadonbehandling ble det i forhold til mineralet jern målt lave nivåer av hemoglobin i blodet til om lag en fjerdedel av studiens deltakere (Wilczek, Vesely & Presl, 2002).

Videre i rapporten til Sæland et al. (2002) presiseres det at til tross for at de rusmiddelavhengige hadde et lavt inntak av de fleste matvarer, hadde mange av dem et påfallende høyt inntak av sukker og sukkerholdige drikker, og dette gjaldt særlig blant de kvinnelige deltakerne. Det viste seg at felles for de fleste var deres preferanse for sukker og sukkerholdig drikke og mat (Sæland et al., 2010). Flere studier publisert i andre land mener også å kunne støtte opp om hypotesen om at rusmidler kan utløse et særlig søtbehov (Erlanson-Albertsson, 2005; Zador, Wall & Webster, 1996). I en polsk studie av opiat-avhengige rusmiddelbrukere ble det registrert et svært høyt inntak av sukkerholdige matvarer som godterier, konfekter, kaker og søte drikker (Szpanowska-Wohn, Dluzniewska, Groszek & Lang-Mlynarska, 2000). I en britisk studie ble det også påvist at de rusmiddelavhengige konsumerte mye søt og sukkerholdig mat (Neale et al., 2012). I denne studien ble det også observert at deltakerne i tillegg foretrakk billig og rask tilgjengelig mat.

Utenom nettopp sukkerholdige drikker, samt brød og kornblandinger, var det, i studien til Sæland et al. (2010), av rusmiddelavhengige i Oslo, ingen andre matvaregrupper som ble rapportert spist av mer enn 50 prosent av deltakerne. Blant annet var det mindre enn 30 prosent av deltakerne som oppga at de hadde spist frukt eller grønnsaker det siste døgnet. Det samme gjaldt også for fisk. Et 24-timers kostintervju registrerte at 60 prosent av deltakernes energiinntak kom fra smørbrød og snacks. De rusmiddelavhengige i studien hadde generelt et lite variert kosthold (Sæland et al., 2010).

Videre i rapporten om de rusmiddelavhengige i Oslo (Sæland et al., 2002) ble det påpekt at deltakerne i studien hadde et annet måltidsmønster enn det som karakteriseres som vanlig. I gjennomsnitt inntok de ett og et halvt hovedmåltid daglig. Blant annet spiste mange av deltakerne svært uregelmessig, og middagsmåltidet ble spist relativt sjeldent. Inntak av regelmessige måltider regnes som en vesentlig del av det å ha et ernæringsmessig fullgodt kosthold (Departementene, 2007). For eksempel oppga om lag halvparten av deltakerne i

studien til Sæland et al. (2002) at de i sine oppvekstår fra de var 10 til 16 år gamle vanligvis ikke hadde spist frokost. Rundt 25 prosent oppga at de aldri eller sjelden hadde spist verken frokost eller matpakke i disse oppvekstårene.

1.3 Bakgrunn for denne masterstudien

I 2008 ble det, i regi av Oslo kommune, gjennomført et forprosjekt, kalt Prosjekt ERT, som kartla både mattilbudet og tannhelsetilbudet for beboere og brukere i elleve av Rusmiddeletatens institusjoner. Formålet med dette forprosjektet var å innhente informasjon for å gi svar på om det var hensiktsmessig å sette i gang et mer omfattende prosjekt på området ernæring, rus og tannhelse. Funnene ble presentert i rapporten *Prosjekt ERT (ernæring, rus og tannhelse)* (Morseth, 2008). Som følge av funnene i forprosjektet ble det bestemt at et helhetlig prosjekt på dette område skulle igangsettes. Prosjektet som startet mars 2011 er også kalt Prosjekt ERT og er et samarbeidsprosjekt mellom Rusmiddeletaten, Helse- og velferdsetaten og Tannhelsetjenesten Oslo KF. Prosjektet skal i utgangspunktet vare i omlag to år for å følge opp anbefalingene gitt i Morseths (2008) rapport *Prosjekt ERT*. Tjuefem av Rusmiddeletatens institusjoner er inkludert i prosjektet (Bø, 2011)³.

Hovedmålet til Prosjekt ERT er å bedre ernæringsstatus og tannhelse for rusmiddelavhengige i Oslo kommune (Bø, 2011). Et av delmålene til prosjektet er at flere beboere og brukere skal bli identifisert, behandlet og fulgt opp på bakgrunn av under- eller feilernæring og dårlig tannhelse. Dette vil man prøve å oppnå ved at det utarbeides tilpassede retningslinjer til bruk i rusomsorgen i forhold til forebygging, identifisering og behandling av feil- og underernæring og dårlig tannhelse hos beboere og brukere (Bø, 2011).

Et annet delmål er at beboere og brukeres kunnskap og ferdigheter innen ernæring og tannhelse blir økt. Målet er at man oppnår dette gjennom konkrete tiltak basert på beboere og brukeres egne ønsker i forhold til endringer og forbedringer på områdene ernæring og tannhelse. Blant annet er det ønskelig at beboere og brukere skal bli mer selvhjulpne med tanke på matlaging, matvarehåndtering og munnstell (Bø, 2011).

³ Ved Prosjekt ERTs start ble det bestemt at alle Rusmiddeletatens døgninstitusjoner, samt polikliniske tiltak med matservering (Villa MAR) skulle inkluderes i prosjektet. De institusjoner som drives av private/ideelle organisasjoner, og som Rusmiddeletaten ikke har driftsansvar for, ble utelukket (R.-L. B. Arntzen, personlig kommunikasjon, 27. april, 2012).

Et tredje delmål er at det blir etablert ernæringsansvarlige på de enkelte institusjonene, og ansattes kunnskap om ernæring og tannhelse blir økt (Bø, 2011). For å nå dette delmål vil det blant annet fokuseres på kompetanseheving av ansatte, og det har derfor blitt utnevnt én ernæringsansvarlig på hver av de 25 institusjonene, med unntak av to institusjoner hvor det har blitt utnevnt to ernæringsansvarlige per sted. Det skal være jevnlig ernærings- og kostholdsmøter med de 27 ernæringsansvarlige, og de vil ha ansvaret for å videreformidle informasjonen fra møtene til andre ansatte på institusjonene (R-L. B. Arntzen, personlig kommunikasjon, 5. mai, 2011). Den ernæringsansvarlige skal være institusjonenes ressursperson innen ernæringsarbeid (Bø, 2011).

Et siste delmål i prosjektet er at tilbudet av mat, måltider, kosttilskudd og tannhelsemidler på institusjonene blir forbedret og utvidet (Bø, 2011). Ved Prosjekt ERTs slutt som er forventet våren 2013, er det i forhold til det siste delmålet antatt at flere av målene vil være oppnådd. Blant annet forventes det at det har blitt utarbeidet forslag til retningslinjer for mat og måltider på rusomsorgsinstitusjoner. Det skal også være utarbeidet planlagte menyer som sikrer tilbud av variert kost på institusjonene. I tillegg skal det være gjennomført tiltak knyttet til hvordan måltider kan bidra til struktur, fellesskap og tilhørighet. Videre forventes det at beboere og brukere benytter seg av måltidstilbudene. Et annet mål man antar blir nådd er at flere institusjoner tilbyr faste måltider til faste tider, samt at flere institusjoner tilbyr to måltider daglig. Dessuten ønsker man gjerne at flere institusjoner skal tilby middagsmåltider, eventuelt brødmåltider med noe varmt til, og at servering av slike måltider tilbys oftere. Det bør også serveres mer kjøtt, fisk, grønnsaker og frukt. I tillegg forventes det at det ved Prosjekt ERTs slutt er opprettet nettsider med informasjon om ernæring som er tilgjengelig for alle ansatte.

1.4 Masterstudiens tema og hensikt

Denne masterstudien var tilknyttet ovenfornevnte prosjekt, med hovedvekt på sistnevnte delmål, nærmere bestemt med fokus på tilbudet av mat og måltider på institusjonene. I denne sammenheng har prosjektansvarlig i Prosjekt ERT, klinisk ernæringsfysiolog Rose-Linn Bø Arntzen, uttalt at det trolig har skjedd endringer til det bedre i institusjonenes mattilbud de siste ti årene. Hun antyder at det ikke har vært strukturelle endringer, og hvilke endringer som er foretatt, varierer fra institusjon til institusjon, men generelt ser det ut til at rusmiddelavhengige i dag har noe bedre tilgang på mat og måltider i Rusmiddeletatens

institusjoner enn det de hadde for om lag ti år siden (R.-L. B. Arntzen, personlig kommunikasjon, 5. mai, 2011).

I forprosjektet til Prosjekt ERT, som kartla mattilbudet til beboere og brukere av noen av Rusmiddeletatens institusjoner, ble det estimert at om lag 70 prosent av brukerne på institusjonene benyttet seg av mattilbudet (Morseth, 2008). Det ble bemerket at det var usikkerhet knyttet til estimeringen, men likevel var det ingen tvil om at det var mange beboere og brukere som benyttet seg av mattilbudene. Av den grunn er det særlig viktig at maten som blir servert på institusjonene er sunn og næringsrik for om mulig å kunne bidra til å bedre rusmiddelavhengiges ernæringssituasjon ytterligere.

Hensikten med masterstudien var å gjennomføre en grundig kartlegging av mattilbudet ved de ulike institusjoner i Rusmiddeletaten som er tilknyttet Prosjekt ERT. Ved hjelp av innsamlede data skulle det gis en oversikt over mattilbudet på de ulike institusjonene, samt en innholdsmessig vurdering av måltidene.

1.5 Hovedmål og spesifikke målsetninger

Hovedmålet med denne masterstudien var å kartlegge og vurdere mattilbudet ved institusjoner i Rusmiddeletaten som er tilknyttet Prosjekt ERT.

For å nå hovedmålet ble følgende spesifikke målsetninger utarbeidet:

- 1. Beskrive og vurdere enkeltmåltider og matvarene de består av*
- 2. Beskrive og vurdere fullkosttilbudet, der det finnes, og matvarene disse består av*
- 3. Redegjøre for forhold som kan ha innvirkning på mattilbudet*
- 4. På bakgrunn av funnene komme med forslag til hva som eventuelt kan forbedres.*

2 Begrepsavklaringer i forhold til Rusmiddeletaten

Omorganiseringer av etatsstrukturen i sektor for eldre og sosiale tjenester [EST] medførte at Rusmiddeletaten ble avviklet 1. januar 2012. Endringene i EST-sektoren førte til opprettelse av nye etater. Blant annet ble Rusmiddeletaten, Helse- og velferdsetaten, Legevakten, Storbyavdelingen og Tannhelsetjenesten Oslo KF nedlagt og erstattet av to nye etater, henholdsvis Velferdsetaten og Helseetaten. Rusmiddeletaten ble plassert under Velferdsetaten (Oslo kommune, 2011b). Omorganiseringene har ført til at seksjonene som tilhørte Rusmiddeletaten er blitt fordelt under to ulike avdelinger, én institusjon er blitt flyttet til en annen seksjon⁴ og noen navneendringer er også utført (se vedlegg 1 og 2 for nytt og gammelt organisasjonskart). Ved masterstudiens start i 2011 var Rusmiddeletaten fortsatt gjeldende. Det ble ansett som mest naturlig å benytte det tidligere navnet Rusmiddeletaten gjennom hele oppgaven da omorganiseringene i EST-sektoren trådte i kraft etter at studiens datainnsamling var gjennomført.

Noen av institusjonene tilknyttet Prosjekt ERT og denne masterstudien er formelt sett avdelinger, som avdelingene innen Villa MAR, men i denne masterstudien vil samtlige bli omtalt som institusjoner uavhengig av opprinnelig avdeling eller institusjon. Dette er for å skape et mer oversiktlig bilde. Dessuten vil Café Trappa bli omtalt som en egen institusjon i denne masterstudien, på bakgrunn av at den har separat matservering fra Ila hybelhus. I realiteten er kafeen plassert under Ila hybelhus, der de to institusjonene deler en og samme ernæringsansvarlig.

2.1 Rusmiddeletaten og tilhørende rusomsorgsinstitusjoner

Rusmiddeletaten i Oslo har som mål å forebygge rusavhengighet, samt hjelpe mennesker med rusrelaterte problemer til et bedre liv (Rusmiddeletaten, 2009). De fleste institusjonene ligger i Oslo, mens to av institusjonene ligger utenfor, én i Akershus og én i Hedmark. I det følgende gis det en kort gjennomgang av Rusmiddeletaten og dens institusjoner som er inkludert i Prosjekt ERT og i denne masterstudien.

⁴ EXIT ble flyttet fra Seksjon oppsøkende og MAR Oslo til Seksjon rehabilitering 1.januar 2012.

2.1.1 Seksjonene i Rusmideletaten

Rusmideletatens institusjoner er varierte og ulike, særlig fordi de tilhører forskjellige seksjoner, men det er også forskjeller innad i seksjonene. Noen institusjoner er rusfrie, mens andre institusjoner har beboere i aktiv rus. Noen har substitusjonsbehandling⁵ av ulike slag. De fleste institusjonene er døgninstitusjoner. Noen er dagsentre og bare åpne et bestemt klokkeslett på morgenen og formiddagen i ukedagene. Dette vil ha innvirkning på mattilbudet, og kan således skille seg fra mattilbudene i døgninstitusjonene. Mattilbudene på lavterskelinstitusjonene under Seksjon skadereduksjon og institusjonene under Seksjonen rehabilitering, kan for eksempel forventes å variere noe, særlig med tanke på at det under rehabilitering muligens kreves noe mer egeninnsats av brukeren i forhold til matlaging. Avdeling for kommunale tjenester i Rusomsorgen var før de nye omorganiseringene delt inn i fire ulike seksjoner, henholdsvis Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene, Seksjon rehabilitering, Seksjon skadereduksjon og Seksjon oppsøkende og MAR Oslo (Oslo kommune, 2012).

2.1.1.1 Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene

Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene tilbyr døgnplass på institusjon for brukere med helsesvikt som følge av rusavhengighet. Tilbudet skal være en hjelp til økt egenomsorg og mestring av dagliglivets aktiviteter. Alle typer misbruk og alle aldersgrupper finnes i seksjonen. Dessuten er det en tiltakskjede for kvinner som består av akutttilbud, skadereduksjon og rehabilitering (Oslo kommune, 2012). Seksjonen består av tre kvinnetiltak og fire omsorgsinstitusjoner for begge kjønn (Rusmideletaten, 2009). Under Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene finner man Bygdøy rehabiliteringssenter, Hovin rehabiliterings- og omsorgssenter, Josefines Hus, Kvinnetiltaket Bryn, Sjøstrand omsorgssenter, Syningom omsorgssenter og Thereses Hus. Samtlige av seksjonens institusjoner er knyttet til Prosjekt ERT og denne masterstudien.

2.1.1.2 Seksjon rehabilitering

Seksjon rehabilitering tilbyr døgnplasser på institusjon, der målet er å bidra med assistanse til reduksjon eller opphør av rusmiddelavhengighet gjennom miljø-, gruppe- og individuell påvirkning (Oslo kommune, 2012). Flere av institusjonene er kun for menn, mens andre er for begge kjønn. Et av stedene er et tilbud til personer med dobbeltdiagnose (Oslo kommune, 2011c). Det vil si en kombinasjon av psykiske lidelser og rusrelaterte problemer (Fekjær,

⁵ Fra 1998 ble metadonbehandling etablert som et landsomfattende tiltak som del i rehabilitering av rusmiddelavhengige, kalt medikamentassistert rehabilitering. Med introduksjon av buprenorfin (Subutex) som alternativ ble det offisielle navnet endret til Legemiddelassistert rehabilitering (Fekjær, 2009).

2009). Av institusjonene i Seksjon rehabilitering som er med i Prosjekt ERT er Blindern rehabiliteringssenter, Fredensborg bosenter, Gjennomgangseiligheter med booppfølging, Haugenstua rehabiliteringssenter, Karlsborg rehabiliteringssenter, Lassonløkken rehabiliteringssenter, Liakollen rehabiliteringssenter, Stensløkka ressurscenter og Vestli rehabiliteringssenter. Gjennomgangseiligheter med booppfølging er imidlertid utelukket fra denne masterstudien.

2.1.1.3 Seksjon Skadereduksjon

Seksjon Skadereduksjon er et tilbud til brukere i aktiv rus, der målet er å øke deres livskvalitet. Det er tilbud om både døgntilgjengelig overnatting og korttidsplasser. Her blir det tilbudt assistanse til større grad av egenomsorg og reduksjon av skader som følge av rusmisbruk (Oslo kommune, 2012). To av institusjonene er kun for menn, mens resten er for begge kjønn. Døgninstitusjonene tilknyttet Seksjon skadereduksjon er Bjørnerud rehabiliteringssenter, Dalsbergstiens Hus, Ila hybelhus og Marcus Thranes Hus. Café Trappa tilhører også denne seksjonen og er et dagsenter som har åpent sju dager i uken.

2.1.1.4 Seksjon oppsøkende og MAR Oslo

Seksjon oppsøkende og MAR Oslo består av både Oppsøkende tjenester/Uteseksjonen som driver oppsøkende arbeid i rusmiljøene i Oslo, samt MAR som skal behandle og ha oppfølgingsansvar for pasienter i medikamentassistert rehabilitering i Oslo kommune (Oslo kommune, 2012). Alle institusjonene er for begge kjønn. Av institusjonene i seksjonen som er med i Prosjekt ERT er EXIT som eneste døgninstitusjon, samt alle Villa MAR; Villa MAR Bygdøy allé, Villa MAR Sagene, Villa MAR Gamle Oslo og Villa MAR Grorud, som alle er dagsentre.

3 Teori

I dette kapitlet presenteres relevant teori for å belyse og for å gi en bredere forståelse av masterstudiens tema og hovedmål. Innledningsvis vil det bli redegjort for mulige årsaker til et mangelfullt kosthold. Deretter følger en kort presentasjon av rusmiddelavhengiges rettigheter. Studier om mattilbudet til rusmiddelavhengige vil så bli belyst, oppfulgt av hva et godt mattilbud bør inneholde. Avslutningsvis klargjøres hvilke kostholdsanbefalinger mattilbudet i Rusmiddeletatens institusjoner vil bli vurdert opp mot.

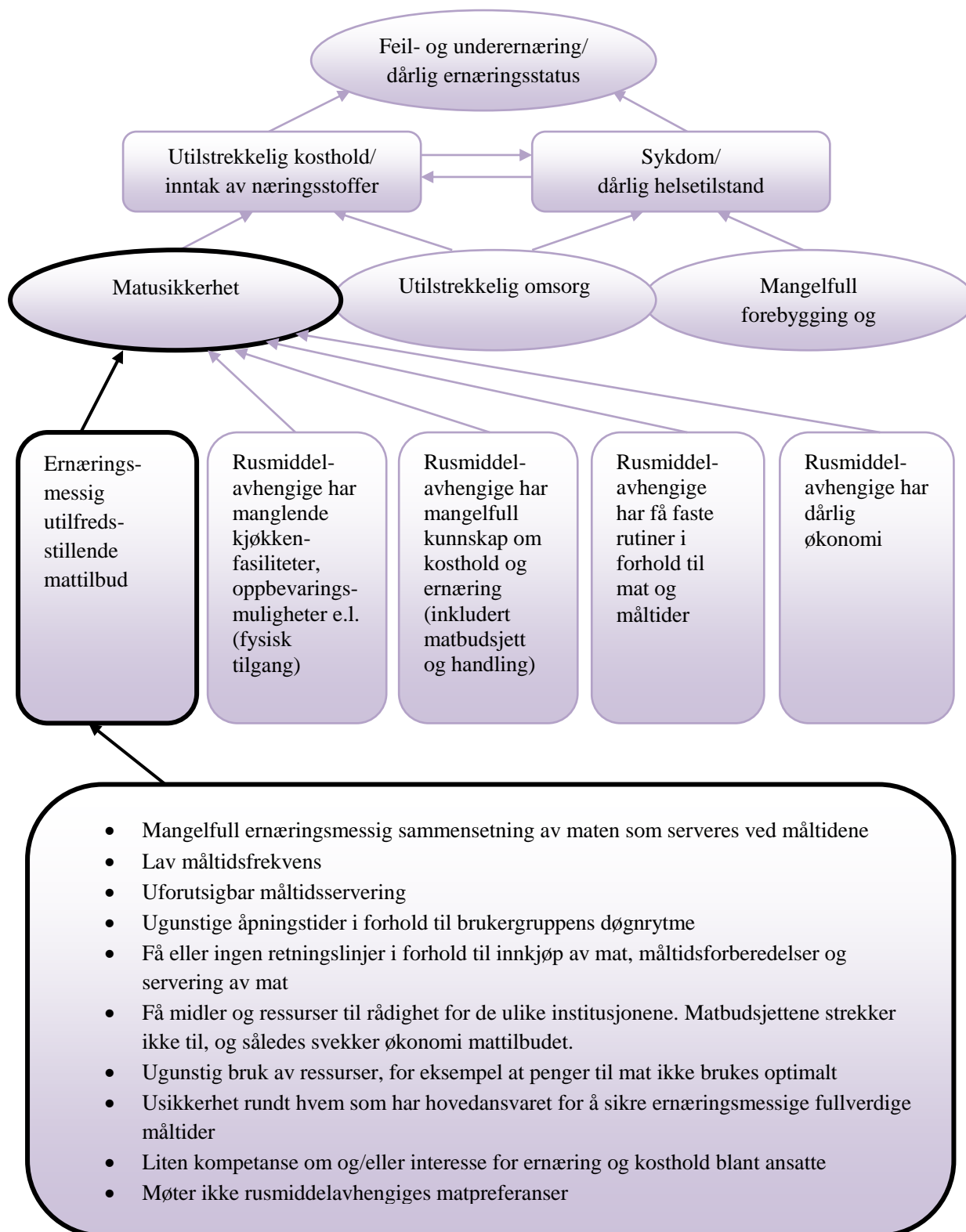
3.1 Årsaker til et mangelfullt kosthold

Menneskers matvalg kan påvirkes av forskjellige forhold. Sosioøkonomiske faktorer, kultur, religion og etnisitet, vaner, holdninger, normer og tradisjoner, matpreferanser, sesong og tilgjengelighet av matvarer, ytre miljøfaktorer, produkttilbud, priser og markedsføring, samt personlige, psykologiske og biologiske faktorer kan alle være med på å bestemme våre matvalg (Devine, Sobal, Bisogni & Connors, 1999; Kearney & Geissler, 2011; Mæland, 2010). I Norge er de sosiale forskjellene i befolkningen mindre enn i mange andre land, men likevel ser vi klare sosiale skiller når det gjelder kosthold. Grupper med lav sosioøkonomisk status har generelt et dårligere kosthold enn grupper med høy sosioøkonomisk status (Departementene, 2007). Generelt viser det seg at de som har rikelig med kunnskaper om mat og ernæring også er de som har et ernæringsmessig fullgodt kosthold (Kearney & Geissler, 2011).

Grupper med lav sosioøkonomisk status kommer i tillegg dårligst ut i forhold til helse, særlig med tanke på kroniske sykdommer og dødelighet, og forskjellene mellom sosiale grupper har dessuten økt de siste tiårene (Holmboe-Ottesen, Wandel & Mosdøl, 2004; Mæland, 2010). Ut fra dette kan en hevde at de sosiale forskjellene i helse danner en gradient, der systematiske forskjeller i helsetilstand følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig med tanke på utdanning, yrke og inntekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a). Mange rusmiddelavhengige faller inn under grupper med lav sosioøkonomisk status, og har en generelt dårligere helse- og ernæringsstatus enn befolkningen ellers (Morseth, 2008). Dessuten er det også slik at rusmiddelavhengige ofte prioriterer anskaffelse av rusmidler høyere enn mat (Sæland et al., 2008)

3.1.1 Årsaksmodell som et konseptuelt rammeverk

For å få en tydeligere oversikt over hva som kan være de ulike grunnene til feil- og underernæring hos rusmiddelavhengige ble Jonssons (1995) *UNICEFs conceptual framework for the causes of malnutrition* brukt som utgangspunkt for å utvikle et konseptuelt rammeverk for å vise mulige årsakssammenhenger (se figur 1). Et slikt konseptuelt rammeverk kan gi en helhetlig forståelse om hvordan prosesser innenfor ulike sektorer og på forskjellige nivåer, kan påvirke individers ernæringssituasjon. Årsaksmodellen er her blitt benyttet for å belyse problemstillinger knyttet til feil- og underernæring hos rusmiddelavhengige. Modellen viser at feil- og underernæring vil kunne oppdages som ulike symptomer og tegn, som for eksempel undervekt eller ødemer. Mangelfullt kosthold og sykdom, som for eksempel dårlig tannhelse eller defekt absorpsjon av næringsstoffer, kan være umiddelbare årsaker til feil- og underernæringen. Matusikkerhet, utilstrekkelig omsorg og mangelfull forebygging kan være de underliggende årsaker til feil- og underernæringen. I modellen er det vist flere underliggende faktorer som kan føre til at matsikkerhet ikke oppnås, men i denne masterstudien fokuseres det kun på at utilfredsstillende mattilbud kan føre til matusikkerhet. Målet med denne modellen må være å gjøre det til et normativt rammeverk, der det belyses hvilke grunnleggende, underliggende og umiddelbare forhold som må være til stede for å nå et ønsket resultat. I denne sammenheng vil det med andre ord si hvilke faktorer som må ligge til grunn for at rusmiddelavhengige skal ha mulighet til å oppnå optimal ernæringsmessig helse.



Figur 1. Konseptuelt rammeverk som viser årsaker til feil- og underernæring hos rusmiddelavhengige. Modifisert etter UNICEFs Conceptual Framework for the Causes of Malnutrition (Jonssons, 1995)

3.2 Rusmiddelavhengiges rettigheter

Når det gjelder rusmiddelavhengige har de, som andre, rettigheter etter flere lover. Inntil nylig hadde rusmiddelavhengige blant annet rettigheter i forhold til Kommunalhelsestjenesteloven (1982) og Sosialtjenesteloven (1991). Fra 1. januar 2012 ble lovene erstattet av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og Folkehelseloven (2011). I forhold til rusfeltet har kommunene et særlig ansvar for å yte tjenester etter disse lovene. Nærmere bestemmelser i forhold til Sosialtjenesteloven (1991) er gitt i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) der det blant annet står i § 3 at brukere av pleie- og omsorgstjenesten skal sikres å dekke ”fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat”.

Retten til mat er nedfelt i den norske Menneskerettsloven (1999). Den er fastslått av De Forente Nasjoner [FN] i Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter [ØSK] (FN, 1966). Retten til mat reguleres hovedsakelig i ØSK artikkel 11 hvor det blant annet står: ”Konsesjonspartene anerkjenner retten for enhver til en tilfredsstillende levestandard for seg og sin familie, herunder tilfredsstillende mat [...]”. I Generell kommentar nr. 12 forklares det mer inngående hva retten til mat innebærer. Blant annet presiseres det her at retten til mat er oppfylt når ”alle mennesker til enhver tid har fysisk og økonomisk tilgang til nok og trygg mat for et fullgodt kosthold som møter deres ernæringsmessige behov og preferanser, og som danner grunnlag for et aktivt liv med god helse” (FN, 1999). Dette er i tillegg FNs organisasjon for ernæring og landbruk [FAO] sin gjeldende definisjon fra 1996 på begrepet matsikkerhet. Da Norge har ratifisert ØSK, samt nedfelt retten til mat i norsk lov, er det derfor en plikt å realisere retten til fullgod mat for hele befolkningen.

3.3 Rusmiddelavhengiges mattilbud

Det at rusmiddelavhengige spiser mat på institusjoner betyr at de, avhengig av hvor ofte de benytter seg av tilbudene, i mindre grad selv bestemmer innholdet i maten de konsumerer. Kvaliteten og variasjonen i maten som blir tilbudt er dermed i stor grad andres ansvar. I følge Cross og MacDonald (2009) har institusjoner som serverer mat en moralsk forpliktelse til å fø sine brukere så godt som mulig, uansett brukernes posisjon i samfunnet. Det er ofte slik at de svakerestilte grupper i samfunnet ikke kjemper for sine rettigheter på lik linje med de mest ressurssterke, og derfor også mest sannsynlig vil være dem som mottar det mest

utilstrekkelige mattilbudet. Britiske studier fra 90-tallet viste at noe av den maten som ble servert på steder der hjemløse eller andre trengende ble tilbudt mat, ofte hadde ernæringsmessige svakheter (Balasz, 1993; Evans & Dowler, 1999). Det har også vist seg at en del av maten som serveres slike steder er donert fra andre, for eksempel matvarekjeder eller organisasjoner, og at slik mat til stadighet er mat som har gått ut på dato (Balasz, 1993). Slike funn førte til at det ble reist spørsmål rundt kvaliteten i maten som serveres til hjemløse eller andre trengende (Quine, Kendig, Russell & Touchard, 2004). Gratis mat som tilbys til hjemløse eller andre trengende kan være av særdeles stor betydning for de som ikke har andre alternativer, og således være livsviktig (Evans & Dowler, 1999).

For om lag ti år siden ble det utført en undersøkelse av mattilbudet ved Frelsesarméen i Oslo, der mange av byens rusmiddelavhengige inntok sine daglige måltider. Funnene fra undersøkelsen ble lagt frem i en rapport (Sæland, 2000) der det ble konkludert med at Frelsesarméens mattilbud måtte endres noe dersom det skulle imøtekomme brukernes behov. Det ble anbefalt at både sammensetningen av kosten og den totale mengde mat som ble servert burde bli justert. Det ble blant annet pekt på at måltidene inneholdt for lite fiber, vitamin E (alfa-tokoferol), vitamin C og tiamin. Dessuten burde også innholdet av protein, essensielle fettsyrer og selen til en viss grad bli økt. Særlig ved brødmåltidene var det få kilder til vitamin C. Derfor ble det foreslått å servere tilstrekkelig med frukt og grønnsaker til brødmåltidene, slik at både vitamin C- og fiberinnholdet i disse måltidene ville øke. Det ble anbefalt at fet fisk og hvitt kjøtt burde få et større innslag ved middagsmåltidene. Det ble også foreslått at Frelsesarméen kunne servere et ekstra brødmåltid i løpet av dagen, slik at det ville bli totalt fire måltidsserveringer i løpet av en dag (Sæland, 2000).

Forprosjektet til Prosjekt ERT undersøkte mattilbudet i elleve av Rusmiddeletatens institusjoner i Oslo (Morseth, 2008). Det viste seg at det var en lav måltidsfrekvens på mange av institusjonene. Seks av elleve institusjoner serverte frokost og tre serverte lunsj. Tre institusjoner tilbød kveldsmat, men en av institusjonene serverte kun kveldsmat to ganger i uken. Tre institusjoner serverte middag daglig, og fem institusjoner hadde tilbud om middag en til to ganger i uken. I rapporten ble det derfor anbefalt at flere institusjoner skulle få hyppigere måltidsservering. Det ble poengtert at det var særlig viktig å øke antall middagsmåltider eller andre varme måltider, da dette kunne bidra til et høyere inntak av fisk, kjøtt og grønnsaker hos rusmiddelavhengige.

Videre i rapporten ble det hevdet at kvaliteten på og variasjon i mattilbudet generelt var vurdert som tilstrekkelig for den type måltid som ble servert. For eksempel oppga alle bortsett fra én institusjon at de serverte grønnsaker til måltidene. Likevel var det også flere svakheter ved mattilbudet. Når det gjaldt fisk, var det for eksempel for lite fokus på og for sjelden servering av fiskepålegg. Det viste seg også at inntaket av rent sukker og andre sukkerholdige matvarer var høyt blant mange av institusjonenes beboere og brukere. Når det gjaldt tilbud av frukt, var det seks av elleve institusjoner som svarte at de serverte det daglig, tre institusjoner som serverte det én gang i uken, og to institusjoner som oppga at de ikke hadde tilbud om frukt (Morseth, 2008).

3.4 Hva innebærer et godt mattilbud?

For at en institusjons mattilbud skal være tilfredsstillende, må det tas riktige valg i prosessen fra planlegging til bespisning (Helsedirektoratet, 2011). Det er flere forhold som må tas hensyn til, og i det følgende blir hovedelementene i et godt mattilbud beskrevet.

Mat og måltider har en langt bredere betydning enn kun å dekke behovet for energi og næringsstoffer (Kittler & Sucher, 2008). Ikke minst har mat og måltider mange ulike sosiale og kulturelle betydninger i alle menneskers liv (Holm, 2003). Et måltid uttrykker en form for omsorg, samtidig som det fremmer tilhørighet og fellesskap. Når man samler seg rundt et bord, oppheves skillene mellom giver og mottaker (Fisknes, 2001; Ruyter & Vetlesen, 2001). Uansett sosial status eller etnisk og kulturell bakgrunn, vil det å spise sammen styrke båndene mellom menneskene. Det er en sosial aktivitet som alle mennesker kan delta i, og kan være et viktig samlingspunkt (Sæland et al., 2002). Når det gjelder spisesituasjonen på institusjoner kan det sosiale fellesskapet ofte styrkes ved at ansatte deltar i måltidene (Helsedirektoratet, 2011).

Måltider organiserer store deler av våre sosiale liv, gir struktur og rutiner i hverdagen og uken (Holm, 2003; Kittler & Sucher, 2008). For mange preges døgnrytmen av vekslinger mellom ulike måltider (Elvbakken, 1993). Ved oppløsning av måltidsrytme mister en et fast holdepunkt i livet. Mange rusmiddelavhengige lever et omskiftelig liv og har en dårlig måltidsrytme og -struktur (Sæland et al., 2002). I en britisk studie ble det funnet at rusmiddelavhengige i aktiv rus som regel kun spiste mat sent på kvelden (Neale et al., 2012). Lignende funn ble sett i studien til Sæland et al. (2002) der det kom frem at de

rusmiddelavhengige inntok om lag en tredel av sine måltider på kvelds- og nattestid. Det kom også frem at begreper som frokost og middag ikke nødvendigvis var ensbetydende med tidspunkt knyttet til henholdsvis morgen og ettermiddag. Å opparbeide en god måltidsrytme gir ikke bare struktur i hverdagen, men setter også dagsorden for andre aktiviteter, og kan således gi andre positive ringvirkninger (Helsedirektoratet, 2011).

I barndommen lærer de fleste hva en akseptabel atferd i forhold til mat og måltider innebærer, og måltidet er således en arena for oppdragelse og sosialisering (Elvbakken, 1993). Mange rusmiddelavhengige kan mangle sentrale forestillinger om rammene rundt mat og måltider, ofte som en følge av utilstrekkelig omsorg i oppvekstårene. Disse forestillingene om hva mat og måltider egentlig innebærer er ikke noe som læres teoretisk, men det må erfares gjennom sansepåvirkning og sosialt fellesskap. Det å oppøve eller bevare gode mat- og måltidsvaner bør stå sentralt i arbeid med, eller rehabilitering av, rusmiddelavhengige (Sæland et al., 2002).

Som det påpekes i *Statens ernæringsråds Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner* (1995), bør institusjoner ha fokus på å oppfylle brukeres ønsker og behov gjennom jevnlige vurderinger av mattilbudet. Det bør også tas hensyn til ulike fysiske forhold ved valg av matvarer og planlegging av måltider, som blant annet dårlig tannhelse, svekket allmenntilstand og redusert appetitt. Da noen rusmiddelavhengige kan være i dårlig form, ha nedsatt appetitt og svekket matlyst er det særlig viktig at maten som blir servert ved et måltid er både innbydende og velsmakende (Sæland, 2000). For eksempel kan bruk av opiater dempe sultfølelsen. Det kan også være tilfellet ved opplevelse av stress, og som Sæland et al. (2002) påpeker, har noen rusmiddelavhengige, av ulike årsaker, et noe forhøyet stressnivå. Da matens smak, konsistens, utseende, lukt og temperatur alle kan ha betydning for hvor mye mat som blir spist, er dette faktorer det er viktig å ta hensyn til i matlagingen (Helsedirektoratet, 2011). Det må også tas hensyn til kultur og religion i planleggingen av måltider. Det bør foretas en grundig kartlegging av matvaner og måltidsmønster hos den enkelte bruker slik at eventuelle behov for tilpasninger i kosten kan utføres (Helsedirektoratet, 2011).

Da en jevn måltidsrytme er nødvendig for å holde blodsukkeret stabilt, bør det tilbys regelmessige måltider på institusjonene. Det anbefales å servere tre til fire hovedmåltider og en til to mellommåltider i løpet av en dag. Det påpekes at nattfasten ikke bør overskride elleve timer, det vil si tiden fra siste kveldsmåltid til frokostmåltidet. For at dette skal fungere i praksis, må det siste kveldsmåltidet serveres etter klokken 21 om kvelden, og frokostmåltidet

før klokken ni om morgenen, eventuelt kan det legges inn et mellommåltid i denne perioden (Helsedirektoratet, 2011). I retningslinjene for kostholdet i helseinstitusjoner (Statens ernæringsråd, 1995) påpekes det at beboere utover de faste måltidene bør kunne tilbys mat etter behov. I en studie fra et sykehjem i Østfold ble det blant annet sett på nattfasten (Aagaard, 2010). Det viste seg at omlag halvparten av beboerne hadde en nattfaste på 14 timer, og det kom frem at flere av respondentene syntes det var for lang tid mellom kveldsmat og frokost neste dag, og at de ønsket seg et ekstra måltid.

Informasjon om institusjonens mattilbud og spesifikke måltider skal være tilgjengelig for både brukere og ansatte (Helsedirektoratet, 2011). Utforming av menyer er et godt redskap til å sikre variert kost. Ved planlegging av menyer har man også mulighet for å beregne både energiinnhold og energifordelingen av måltidene. Det anbefales at det vurderes hvorvidt det er mulighet for at brukere får delta i planlegging av måltider, så vel som det praktiske arbeidet rundt selve måltidene. Dessuten må det sikres god hygiene ved tillaging og servering av mat. I denne sammenheng er det også viktig at de institusjoner som produserer, serverer og omsetter mat har fått godkjent sine tjenester av Mattilsynet (Helsedirektoratet, 2011).

For å oppnå et godt mattilbud må maten som serveres bidra til å fremme helse og forebygge sykdom. Valg av matvarer og hvordan de kombineres må stå sentralt i utforming av et godt mattilbud (Helsedirektoratet, 2011). En optimal ernæringsmessig sammensetning av et måltid skal i hovedsak bygge på de nasjonale kostrådene. Dette blir grundigere omtalt i det følgende.

3.5 Kostråd

I Norge er det Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for ernæring som har ansvar for å gi kostråd til befolkningen, inkludert mennesker som er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten. En kosthåndbok for bruk i helse- og omsorgstjenesten er nå ute på høring. Utkastet, *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2011), er en revisjon av nåværende *Statens ernæringsråds Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner* fra 1995.

3.5.1 Nasjonale kostråd

I 2011 kom Nasjonalt råd for ernæring ut med nye, oppdaterte norske kostråd, *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer* (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Disse kostrådene er mer konkrete med anbefalinger av matvarer og matvaregrupper, i

motsetning til de norske næringsstoffanbefalingene fra 2005 (Sosial- og helsedirektoratet) som er basert på de nordiske næringsstoffanbefalingene fra 2004 (Nordic Council of Ministers). I forbindelse med de nye anbefalingene ble det utarbeidet 13 nye råd om kosthold og fysisk aktivitet, hovedsakelig rettet mot primærforebygging av kroniske kostrelaterte sykdommer for voksne, friske mennesker (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

De nasjonale kostrådene anbefaler et jevnt over plantebasert kosthold, med høyt innhold av fullkorn, frukt, grønnsaker, bær og fisk, samt begrensede mengder salt, tilsatt sukker, rødt og bearbeidet kjøtt og energirike matvarer, og fortrinnsvis vann som drikke. Samtidig anbefales det at man er i fysisk aktivitet i minst 30 minutter daglig (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

Mer detaljert rådes man blant annet til å spise minst fem porsjoner frukt, grønnsaker og bær og minst fire porsjoner fullkornsprodukter daglig. Man anbefales også å spise fisk tilsvarende to-tre middagsporsjoner i uken. Meieriprodukter, avgrenset til de magre produktene, bør inngå i det daglige kostholdet. Ellers rådes man til å velge matoljer, flytende margarin eller myk margarin. I forhold til kjøttinntaket anbefales det også at man velger magert kjøtt og magre kjøttprodukter (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

3.5.1.1 Sukkerinntak

De nasjonale næringsstoffanbefalinger tilrår at inntaket av tilsatt raffinert sukker, ikke bør overstige ti energiprosent (Nordic Council of Ministers, 2004). Denne grensen for sukkerinntak er fastsatt med tanke på å forhindre helseproblemer, samt bestemt ut fra en helhetlig vurdering av kostens sammensetning, næringstetthet og behovet for vitaminer og mineraler (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). I tabell 1 presenteres hva den øvre grense for energiprosent tilsvarer i reell mengde sukker for ulike aldersgrupper med normal fysisk aktivitet. Nasjonalt råd for ernæring (2011) sin utregning av disse verdiene er basert på de landsomfattende kostholdsundersøkelsene Ungkost (Pollestad, Øverby & Frost Andersen, 2002) og Norkost (Johansson & Solvoll, 1999). Dessuten bemerkes det at med liten eller redusert fysisk aktivitet bør inntaket av sukker reduseres ytterligere (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

Tabell 1. Inntak av tilsatt sukker som tilsvarende anbefalt øvre grense på ti energiprosent. Modifisert tabell etter Nasjonalt råd for ernæring (2011)

Alder	Mengde tilsatt sukker i gram som gir omtrent 10 E %	
	Kvinne	Mann
16-59 år	55 g	70 g
60-79 år	50 g	60 g

3.5.2 Veileder og retningslinjer

I det følgende vil det bli en gjennomgang av de viktigste elementene fra både utkastet til *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2011) og *Statens ernæringsråds Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner* fra 1995. Veilederen er en revidering av retningslinjene, og således vil mye av informasjonen være den samme i begge bøkene. Da den endelige utgaven av *Kosthåndboken* i skrivende stund ikke er trykket opp, og således ikke gjeldende per dags dato, ble det bestemt at i denne masterstudien legger begge bøkene grunnlaget for vurderingene av mattilbudet.

3.5.2.1 Utkastet til *Kosthåndboken* – en veileder

Både de nye nasjonale kostrådene (Nasjonalt råd for ernæring, 2011) og *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring* (Helsedirektoratet, 2009) er viktige grunnlagsdokumenter for *Kosthåndboken*, der hovedmålet er å bidra til ”å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten” (Helsedirektoratet, 2011, s. 3). Boken er først og fremst ment som en veileder og oppslagsbok.

I utkastet til *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2011) blir det foreslått tre typer hovedkoster til bruk i institusjon, henholdsvis hverdagskost, energitett kost og ekstra energitett kost. Det som skiller disse tre typer hovedkoster er hovedsakelig den ernæringsmessige sammensetningen, samt noe ulikt matvarevalg. Med en noe forskjellig sammensetning er likevel hensikten med alle tre hovedkostene at de hver for seg skal dekke grunnleggende næringsbehov hos ulike grupper mennesker, både med tanke på energi og næringsstoffer. Dessuten skal sammensetningen av de ulike hovedkostene tilpasses brukergruppen de er ment for. I tillegg rådes det til at kostene tilbys med alternativ meny, for på den måten å kunne imøtekomme ulike gruppers ønsker og hensyn i forhold til matvalg, for eksempel når det gjelder vegetarianere eller med tanke på religion (Helsedirektoratet, 2011).

Hovedkosten hverdagskost anbefales til mennesker med god ernæringsstatus, både friske og syke, og den er i samsvar med kostrådene fra Nasjonalt råd for ernæring (Helsedirektoratet, 2011). Både energitett kost og ekstra energitett kost består i hovedsak av matvarer og matretter med et høyt innhold av fett og proteiner. Mens hovedkosten energitett kost særlig egner seg for mennesker som har en sykdomstilstand som kan påvirke deres appetitt og næringsbehov, passer ekstra energitett kost først og fremst for underernærte og/eller småspiste pasienter, og bør kun benyttes over en kortere periode (Helsedirektoratet, 2011). For en enkel oversikt over de ulike hovedkostene, se vedlegg 3.

I tillegg til at hverdagskosten er ment å skulle dekke de primære behov for næringsstoffer, er målsetningen også at kosten skal kunne gi forutsetninger for en generelt god helse og samtidig redusere risikoen for ulike kostrelaterte sykdommer, samt å kunne vedlikeholde eller normalisere normale nivåer for blodtrykk, blodlipider og kroppsvekt. I fordelingen av energigivende næringsstoffer anbefales det at institusjoners måltider består av 55-60 prosent karbohydrater, 30 prosent fett og 10-15 prosent protein (Helsedirektoratet, 2011).

Et av kapitlene i *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2011) omhandler ernæringsutfordringer hos mennesker med rusmiddelproblemer. Rusmiddelavhengige er en av de spesielt nevnte pasientgrupper som trenger særlig ernæringsmessig oppmerksomhet i følge Helsedirektoratet (2011). Rusmiddelavhengige er ikke en ensartet gruppe, og kan være like forskjellige som andre. Således bør tilnærmingen til hver enkel rusmiddelavhengig være individuell. I utkastet blir det likevel påpekt at hverdagskost skal være utgangspunkt for kostholdet og mattilbudet for mennesker med rusmiddelproblemer. For enkeltpersoner med rusmiddelproblemer som er i ernæringsmessig risiko eller er underernært, skal kosten energitett kost eller eventuelt kosten ekstra energitett kost benyttes (Helsedirektoratet, 2011).

I utkastet til *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2011) fokuseres det i stor grad på ulike matvaregrupper. Generelt anbefales det å velge Nøkkelhullsmerkede varer. Når det gjelder kornvarer og brød, skal det fortrinnsvis velges grove produkter. Det oppfordres blant annet til å variere brødtyper, lage grøt av havregryn eller sammalt mel og tilby kornblandinger med lite sukker og fett.

Når det gjelder grønnsaker, frukt og bær, så bør "Fem om dagen" dekkes, med andre ord, fem daglige porsjoner a 100 gram frukt og grønnsaker, inkludert ett glass sitrusjuice. Det

presiseres at grønnsaker bør serveres til alle måltider, og det oppfordres blant annet til å variere mellom råkostsalat og kokte grønnsaker. Poteter bør brukes regelmessig til middag. Også frukt og bær bør daglig serveres til måltidene, og kan gjerne brukes som dessert eller et mellommåltid (Helsedirektoratet, 2011).

Med henblikk på meieriprodukter, bør det fortrinnsvis velges mager melk og magre melkeprodukter. Det oppfordres blant annet til å bruke skummet melk, ekstra lett melk eller lettmelk, magre yoghurttyper, og ulike syrnede magre melkeprodukter. Også magre osteprodukter bør fortrinnsvis velges. Det presiseres at magre og halvfete ostetyper bør foretrekkes fremfor fetere ostetyper (Helsedirektoratet, 2011).

Det anbefales å bruke fisk og andre fiskevarer to til tre ganger per uke til middagsmat, men gjerne også som pålegg, og det presiseres at opplaget fiskemat bør inneholde minimum 50 prosent ren fisk. Dessuten bør fet fisk serveres minst en gang per uke. Når det gjelder kjøtt og kjøttvarer bør magre typer foretrekkes, også når det gjelder pålegg. Mengden rødt kjøtt og bearbeidet kjøtt bør dessuten begrenses. Det anbefales også at opplaget kjøttmat bør inneholde høyst ti gram fett per 100 gram. Ellers når det gjelder fett, så bør det til brødmat og i matlaging brukes myk margarin og oljer med høyt innhold av enumettet og flerumettet fett, og der høyst 20 prosent av fettene bør være mettede fettsyrer. Med tanke på egg, så anbefales et inntak på tre-fire stykk per uke, inkludert det som går med i matlagingen. Egg kan for eksempel serveres til frokost en til to ganger i uken. Avslutningsvis poengteres det at bruken av sukker og sukkerrike matvarer bør begrenses (Helsedirektoratet, 2011).

3.5.2.2 Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner

I *Statens ernæringsråds Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner* (1995) er hverdagskosten beskrevet med fokus på de ulike måltidene. Når det gjelder frokost og kveldsmat, så anbefales det servering av grovbrød med minst 50 prosent sammalt mel, med mulighet for variasjon av brødtyper. Det spesifiseres at ulike kornblandinger eller grøt bør kunne velges som alternativ til brødmat. Som pålegg anbefales magre oster som blant annet cottage cheese, pultost, gammelost eller halvfete oster som blant annet jarlsberg-, gouda -, nøkkel - og geitost. Ellers anbefales det at fiskepålegg, både ren fisk og opplaget fiskemat, bør benyttes ofte. Når det gjelder kjøttpålegg, bør magre varianter, for eksempel kokt skinke, kalkunrull eller kalverull, benyttes fremfor fetere varianter som salami, spekepølse og fleskepølse. Annet pålegg som bør serveres er leverpostei med mindre fett og syltetøy med

lite sukker. Andre søte påleggstyper bør benyttes i begrensede mengder. Myk margarin anbefales fremfor smør og hard margarin. Egg bør serveres inntil tre ganger uken. Dessuten bør det være tilbud om rå grønnsaker og frisk frukt. Som drikke anbefales servering av sur og søt skummet melk, lettmelk og/eller juice, samt kaffe eller te (Statens ernæringsråd, 1995).

Når det gjelder sammensetningen av lunsjmåltider, så understrekes det at det kan serveres mer eller mindre samme matvarer som til frokost og kveldsmat. Alternativt kan det serveres andre retter. Det kan tilbys salat, for eksempel tunfisksalat med yoghurt dressing og grove rundstykker, eller kabareter, for eksempel fiskekabaret med yoghurt dressing og grovbrød. Det kan også serveres koldtallerkener med for eksempel fisk, kjøtt eller ost, samt grovbrød, eller det kan tilbys fyldige supper med brød eller flatbrød. Alternativt kan det også serveres omeletter fylt med ost, skinke, grønnsaker eller reker, med brød og salat som tilbehør, eller pastaretter. Dessuten er også gryteretter eller pateer med brød eller salat et alternativ. Som drikke anbefales vann, skummet melk eller lettmelk, juice, kaffe eller te (Statens ernæringsråd, 1995).

Til middagsmåltidet anbefales det å servere en hovedrett med suppe eller dessert. I matlagingen bør det fortrinnsvis velges spisefett med høyt innhold flerumettet fett. Både pannesteking og panerte produkter bør begrenses. Fiskemat bør serveres minst tre ganger i uken, inkludert fet fisk minst én gang i uken. Når det gjelder kjøttmat, bør synlig fett fjernes, og opplaget kjøttprodukter bør inneholde maksimalt 15 vektprosent fett. Forbruket av fjærfe kan med fordel økes, og kjøtt- og fiskeretter kan til tider erstattes av vegetarretter. Til middagsmat kan grøt og pannekaker av og til benyttes som alternativ. Når det gjelder sauser, bør hovedsakelig brune og lyse sauser laget med meljevning og mager kraft benyttes, og rent smeltet fett som saus bør begrenses. Dessuten kan grønnsaksstappe eller stuete grønnsaker erstatte saus. Til dressinger og kalde sauser bør yoghurt, lettrømme og surmelk benyttes. Det anbefales å regelmessig servere poteter til middag, gjerne kokte, men også bakte poteter, potetgrateng, potetmos, potetsalat og potetstuing. Alternativt kan pasta, ris eller brød brukes. Grønnsaker anbefales til alle middagsmåltider. Alle slags grønnsaker kan benyttes, men gulrot bør serveres to til tre ganger per uke da den er rik på betakaroten. Det anbefales å variere form for servering av grønnsaker, for eksempel kokte grønnsaker eller råkost. Det kan også tilbys flatbrød eller annet brød til middagsmaten. Som drikke anbefales vann. Når det gjelder dessert, anbefales det å servere frukt, is, puddinger, yoghurt eller lignende. Søte fromasjer og ekstra søte desserter bør begrenses (Statens ernæringsråd, 1995).

Et mellommåltid defineres som ”små enkle måltider som tilbys til faste tider mellom hovedmåltidene” (Statens ernæringsråd, 1995, s. 43). Det kan blant annet være brødmat eller knekkebrød, frukt eller grønnsaker, kaffe og kake, meieriprodukter som melk, milkshake eller yoghurt, kornblanding med melk eller yoghurt, supper eller grøt.

I retningslinjene presiseres det også at frisk frukt og bær bør inngå i den daglige menyen, og kan serveres som et eget mellommåltid, dessert eller til frokost. Når det gjelder drikke, er vann, juice, magre melketyper, lettsukret saft, kaffe og te ulike alternativer som kan benyttes. Saltmengden i matlagingen bør begrenses, og det bør også bevisst velges matvarer med lavt saltinnhold (Statens ernæringsråd, 1995).

4 Utvalg og metode

Dette kapitlet gir en gjennomgang av forskningsmetodikken som er benyttet i denne masterstudien. Innledningsvis presenteres hvordan masterstudiens forarbeid la grunnlaget for studiens design, spesielt for valg av metode for datainnsamling. Deretter følger en utvalgsbeskrivelse. Videre presenteres utviklingen av spørreskjemaet, samt en beskrivelse av andre strategier for innsamling av data. Redegjørelse for bearbeidingen av rådata presenteres deretter, samt en kort beskrivelse av hvilke statistiske analyser som ble utført og en begrunnelse for hvorfor disse ble utelatt i presentasjonen av resultatene. Mot slutten forklares det hvordan vurderinger av måltidene ble gjennomført.

4.1 Valg av metode

Komparativ design er et forskningsopplegg som benyttes både i kvantitativ og kvalitativ forskning, og baserer seg stort sett på et lite antall analyseenheter (Bryman, 2008). Designet er hovedsakelig basert på sammenligninger og analyser av likheter, og eventuelt forskjeller, mellom de analyseenheter som studeres. Målet med denne type design er gjerne å finne teoretisk interessante egenskaper ved analyseenheter som kan brukes til å forklare det fenomen som studeres (Ringdal, 2007). Komparativ design ble benyttet som forskningsopplegg i denne masterstudien, da hensikten var å vurdere mattilbudet, samt å finne eventuelle likheter og forskjeller og interessante egenskaper ved mattilbudet på de ulike institusjonene. I tillegg vil en slik type design være et egnet verktøy til det formål å komme med forslag til hva som eventuelt kan forbedres med tanke på mattilbudet ved institusjonene.

Da det i denne studien var mattilbudet som skulle undersøkes, ble det ansett som mest hensiktsmessig å gjennomføre en standardisert kvantitativ kartlegging av mattilbudet, samt en mer åpen, kvalitativ tilnærming for å vurdere ulike forhold rundt måltidsforberedelser og måltidssituasjonen. Masterstudien baserte seg likevel hovedsakelig på kvantitativ metode som forskningsstrategi, men det var også bruk av kvalitativ metode. Dog var de kvalitative innslag ikke en strukturert og egen metode for datainnsamling.

Masterstudiens hovedmål og spesifikke målsetninger var avgjørende for valg av metode. Sammen med en årsaksmodell og relevant teori, la det rammer for valg av metodeverktøy for innsamling av data. Det ble bestemt at et spørreskjema, inkludert et måltidsintervju, skulle være hovedinstrument for datainnsamlingen. En ustrukturert bruk av observasjon skulle også

benyttes. Data skulle hovedsakelig bli samlet inn ved hjelp av besøksintervju, noe som vil si at man sitter ansikt til ansikt med respondenten (Dalland, 2007).

4.2 Utvalg

En populasjon er alle de undersøkelsesenheter som en ønsker å si noe om (Halvorsen, 2002). Populasjonen i Prosjekt ERT var 26 ulike institusjoner ved Rusmiddeletaten i Oslo. En av disse institusjonene ble utelukket fra denne masterstudien da den ikke hadde noen mulighet for å drive med matservering og derfor ikke hadde relevans for studiens tema. Populasjonen var derfor 25 enheter. I mange tilfeller er studiepopulasjonen så stor at man må trekke et utvalg enheter som inkluderes i studien (Grønmo, 2007). For at utvalget skal være representativt bør en form for sannsynlighetsutvelging benyttes, noe som er en forutsetning for statistisk generalisering (Ringdal, 2007). Når populasjonen er liten, det vil si under 100 enheter, så anbefales det ikke å bruke et utvalg, da usikkerheten fort blir for stor (Halvorsen, 2002). Da populasjonen i masterstudien ikke var stor, ble det ikke gjort et utvalg. Utvalget i denne studien er derfor hele populasjonen. Studien har således relativt få analyseenheter, men omfatter likevel hele studieutvalget. Uansett geografisk lokalisasjon i forhold til Oslo, ble de inkludert i studien. For en fullstendig liste over de ulike institusjonene og hvilke seksjoner de tilhører, se vedlegg 4.

Det var i utgangspunktet ernæringsansvarlig på hver enkelt institusjon som skulle bli kontaktet og intervjuet. De ernæringsansvarlige ble sett på som nøkkelpersoner hva angikk mattilbudet på deres institusjon. Der det ikke lot seg gjøre å komme i kontakt med ernæringsansvarlig, skulle andre ansatte bli oppsøkt.

4.3 Datainnsamling

4.3.1 Praktisk gjennomførelse

I forkant av datainnsamlingen ble det sendt ut en informasjons-e-post til alle institusjons- og avdelingslederne på de ulike institusjonene fra avdelingsdirektør Merete Hanch-Hansen i Rusmiddeletaten, med et informasjonsskriv fra studenten som vedlegg til e-posten (se vedlegg 5). Deretter kontaktet studenten selv samtlige ernæringsansvarlige eller eventuell annen ansatt per e-post, med informasjon om studien og opplegget for besøkene til institusjonene. Intervjuavtaler ble satt opp etter ernæringsansvarlig eller annen ansatts ønske om dato og

tidspunkt. De stedene der studenten ikke oppnådde kontakt via e-post, ble intervjuobjektene kontaktet per telefon for å lage intervjuavtaler.

Intervjuene ble utført over en periode på drøye sju uker, fra 27. oktober til 16. desember 2011. Hver enkelt institusjon ble oppsøkt én gang. Det ble beregnet om lag en halv arbeidsdags visitt til hver institusjon, inkludert intervju, observasjon og deltakelse på minst én måltidsservering der dette lot seg gjøre. Det var de ernæringsansvarlige, eventuelt sammen med annet kjøkkenpersonell eller annen ansatt, som skulle svare på spørsmålene, og det var masterstudenten selv som stilte spørsmålene og fylte ut svarene.

4.3.2 Spørreskjema

Det ble valgt å utarbeide et spørreskjema for innsamling av data (se vedlegg 6). Det forelå ingen spørreskjemaer fra tidligere studier på samme tema som fullt og helt kunne benyttes. En stor del av masterstudien bestod derfor i å utvikle et spørreskjema som fullstendig dekket studiens spesifikke målsetninger. Noen spørsmål ble hentet og videreutviklet fra spørreskjemaet benyttet i rapporten *Prosjekt ERT* (Morseth, 2008). Struktur og oppsett på spørreskjemaet ble laget med inspirasjon fra diverse andre spørreskjema, samt med råd fra *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden* (Haraldsen, 1999). Det semi-strukturerte spørreskjemaet bestod hovedsakelig av kvantitative spørsmål med prekodete svaralternativer. Det ble også formet noen kvalitative spørsmål med åpne svaralternativer, med mulighet for å få mer dybdeinformasjon, der respondenten stod fritt til selv å formulere svaret (Dalland, 2007). Innholdsmessig ble spørreskjemaet delt inn i fem hoveddeler.

Første del av spørreskjemaet bestod av enkel bakgrunnsinformasjon som for eksempel antall beboere eller brukere på institusjonen. Del to omfattet sentrale forhold rundt mattilbudet. Spørsmålene tok blant annet for seg hvilke typer måltider som ble servert, samt hyppighet og klokkeslett. Andre spørsmål tok for seg institusjonens eventuelle nedskrevne retningslinjer i forhold til måltidstilbudet, om institusjonen mottok gratis mat fra frivillige organisasjoner og lignende, og om beboere og brukere måtte betale for å benytte seg av måltidstilbudene.

Del tre av spørreskjemaet tok for seg forhold rundt matinnkjøp. Blant annet ble det spurt om hvem som bestemmer hva som kjøpes inn, hvor det handles inn mat og hvor ofte det handles. Dessuten ble det lagt opp til at hvis intervjueren ikke fikk tak i tilstrekkelig informasjon fra eventuelle innkjøpslister eller lignende dokumenter, skulle det gis detaljert informasjon om

institusjonens matforbruk, det vil si hva som ble handlet inn av mat, hvor ofte og i hvilke mengder.

Fjerde del av spørreskjemaet bestod av et måltidsintervju etter mal fra 24-timers kostintervju. Et 24-timers kostintervju er i utgangspunktet beregnet brukt til å registrere en persons inntak av mat og næringsstoffer de siste 24 timer, eller den foregående dag. Vanligvis gjentas registreringene flere ulike dager for bedre å kunne beskrive en persons kosthold (Gibson, 2005). I masterstudien ble det funnet hensiktsmessig å anvende en versjon av denne kostregisteringsmetoden for å innhente data til å vurdere enkeltmåltidene, og fullkosttilbudene der disse fantes, og matvarene de bestod av. Det skulle foretas én registrering av hvert enkelt måltid som institusjonen hevdet at de regelmessig serverte. Dette skulle forgå slik at det siste måltidet som ble servert ble registrert. Ved fullkosttilbudene skulle det oppgis hva som ble servert dagen før. Det ble også lagt opp til at respondentene skulle oppgi om matvarene var fete eller magre, fine eller grove, sukkerrike eller hadde lite tilsatt sukker, samt innhold av type fett. Respondentene skulle også angi om forrige måltid var et ”normalt” måltid, og hvis ikke, hva var det som skilte det ut fra et ”normalt” måltid.

Den femte og siste delen av spørreskjemaet inneholdt hovedsakelig spørsmål om måltidsforberedelser og måltidssituasjonen. Det var flere spørsmål som omhandlet forhold rundt matservering, som for eksempel hvordan ulike typer mat og matvarer ble servert, og om det var regler for hvor måltider skulle inntas. Særlig i denne delen av spørreskjemaet var det flere spørsmål som i mer eller mindre grad måtte begrunnes. Det gjaldt for eksempel spørsmål omkring mattilberedning, måltidsforberedelser og institusjonens formål med måltidet. Det var blant annet spørsmål om hvem de mente hadde ansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av kostholdet ved institusjonen, hvem som vanligvis deltok i matlagingen, hva som ble vektlagt ved måltidene og om det var fokus på å skape en hyggelig måltidsatmosfære, og i så fall, hvordan.

4.3.3 Observasjon

Et intervju gir ikke alltid svar på alt man er ute etter (Dalland, 2007). Når det for eksempel blir spurt om hvordan måltidssituasjonen på en institusjon foregår, så er det ikke sikkert at kun ord kan forklare det. Hvis man i tillegg benytter seg av observasjon av måltidssituasjonen vil det kunne være med på å skape et bredere bilde av det fenomenet som studeres. Ved å benytte seg av flere metoder, også kalt metodetriangulering, vil det kunne resultere i at

metodene på visse områder utfyller hverandre og gir bedre data enn en av metodene ville gjort alene (Dalland, 2007). Observasjon av kjøkken, kjøkkenfasiliteter, matvarer, tilberedning av mat og spisesituasjonen ble derfor utført der dette lot seg gjøre. På grunn av masterstudiets omfang ble det vurdert at dette likevel ikke skulle være en strukturert og egen metode for datainnsamling, men bli gjennomført slik at mulige interessante observasjoner kunne tilføyes de innsamlede dataene fra spørreskjemaet. På de institusjonene hvor det ikke var beboere og brukere i nærheten, ble det bestemt at det kunne tas bilder av kjøkken og spisesal, for å bedre kunne huske og dokumentere observasjonene.

4.4 Pretest

For å forsikre seg om at et spørreskjema fungerer etter hensikten, bør det foretas en pretest og eventuelt også en pilotundersøkelse før endelig ferdigstilling. Intervjuet kan testes på personer som blir ansett som forholdsvis like den gruppen man har valgt ut som sine undersøkelsesenheter (Halvorsen, 2002). I forkant av første intervju ble spørreskjemaet testet ut på to personer, en kvinne og en mann. Kvinnen var ansatt ved en institusjon, nærmere bestemt et sykehjem, med fullkosttilbud. Mannen hadde blant annet god kjennskap til matserveringen i Forsvaret. Pretesten ga noen tilbakemeldinger som ble tatt til etterretning, særlig ved at visse svaralternativer ble lagt til. Dessuten fungerte testen godt til å få kartlagt hvor lang tid intervjuet tok. En vurdering av spørreskjemaet ble også gjennomført etter de første intervjuene, men ingen vesentlige endringer ble vurdert som nødvendige.

4.5 Databehandling

Statistisk bearbeiding av de kvantitative data ble foretatt i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 16.0. De innsamlede data fra spørreskjemaet ble punchet manuelt. Ved hjelp av frekvensanalyser ble dataene kontrollert for feiltasting, med det formål å styrke resultatenes reliabilitet. Missing ble satt der respondentene ikke hadde svart, på grunn av henholdsvis "ikke spurt", "ikke svart" og "vet ikke". Noen variabler ble omkodet og eller kategorisert. De innsamlede data fra måltidsintervjuet ble lagt inn og bearbeidet i Microsoft Excel 2010. De endelige vurderingene av mattilbudet ble deretter punchet inn i datasettet i SPSS.

4.5.1 Statistiske analyser

Datamaterialet ble først analysert ved bruk av deskriptiv statistikk. Variablenes fordeling blir hovedsakelig oppgitt i prosent, men i visse tilfeller også i spesifikt antall, der dette er mer interessant. En del av resultatene presenteres i tabeller, samt noen grafiske fremstillinger. Institusjonene ble delt opp i seksjoner under databehandlingen, samt i ulike kategorier, med bakgrunn i antall måltidsserveringer.

For å undersøke sammenhenger mellom to variabler ble bivariate analyser benyttet. Kjikvadrattest ble brukt for å undersøke eventuelle forskjeller mellom kategoriske variabler. Denne testen anvendes for å teste hypoteser om statistisk sammenheng mellom variabler i bivariat krysstabell (Ringdal, 2007). Ikke-parametriske tester ble valgt der verdiene i variablene ikke var normalfordelte, med henholdsvis Mann Whitney *U*- og Kruskal Wallis-test. Grensen for statistisk signifikans ble satt til 95 prosent ($p < 0,05$) i alle testene.

Det ble under databehandlingen observert at likheter og forskjeller i utvalget ikke nødvendigvis hadde sammenheng med hvilken seksjon institusjonene tilhørte. Institusjonene ble derfor i tillegg tildelt hver sin kategori på bakgrunn av antall servering og/eller i forhold til type institusjon, med antakelse om at det kunne finnes forskjeller i mattilbudet på bakgrunn av dette. De statistiske analyser som ble benyttet i denne studien ble derfor utført både for å finne eventuelle forskjeller og sammenhenger mellom de ulike seksjoner, men også forhold til de ulike kategoriene. Det viste seg imidlertid at utvalget var for lite til at signifikante statistiske forskjeller var gyldige. I samtlige kjikvadrattester var dessuten antall enheter i de fleste cellene for lite. Det ble derfor bestemt at de statistiske testene som ble utført ikke skulle benyttes i presentasjonen av resultatene.

4.5.2 Vurderinger av måltider og matvarer

Vurdering av enkeltmåltidene og fullkosttilbudene, samt matvarene de bestod av, skulle baseres på nasjonale kostråd (Nasjonalt råd for ernæring, 2011), utkastet til veileder for helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2011) og *Statens ernæringsråds Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner* (1995). Det ble utført mange søk i biblioteksdatabaser, nettdatabaser og generelt på internett for å finne et metodeverktøy som kunne tilpasses og brukes til å oppnå to av masterstudiens målsetninger, nærmere bestemt spesifikk målsetning nummer en og to. Det ble ikke funnet noe spesifikt instrument til å vurdere de innsamlede

data som omhandlet enkeltmåltider, fullkosttilbud og matvarer de bestod av. I forhold til vurdering av brødmåltider ble det derfor utarbeidet et opptellingsskjema som kunne brukes til denne vurderingen (se vedlegg 7).

Måltider som vanligvis, i norsk tradisjon, består av brødmat, det vil si frokost, lunsj, kveldsmat og sen kvelds, er i følge retningslinjene (Statens ernæringsråd, 1995) og utkastet til veilederen (Helsedirektoratet, 2011) nokså like måltider. Disse ble derfor vurdert etter de samme kriteriene, og blir i det følgende omtalt som brødmåltider. Brødmåltidene ble først og fremst vurdert ut i fra variasjon av matvaregrupper, blant annet med tanke på typer pålegg og drikker, og om frukt og grønnsaker ble tilbudt. Dessuten ble de såkalte brødmåltidene også vurdert i forhold til hva slags type produkter som ble servert, med tanke på magre versus fete, grove versus fine og i forhold til sukkerinnhold og type fett. Middagsmåltidet ble vurdert separat. Middagsmåltidene ble også vurdert ut i fra variasjon av matvaregrupper, der innhold av kjøtt/fisk eller eventuelt annen proteinkilde, poteter, ris eller pasta, samt grønnsaker ble vektlagt. Resultatene fra vurderingene av måltidene og matvarene presenteres i tabeller og i grafiske fremstillinger.

4.6 Etiske overveielser

Dersom man under arbeidet med et forskningsprosjekt skal samle inn, registrere og/eller lagre personopplysninger, samt behandle og/eller lagre lydopptak av stemmer, videoopptak eller bilder av personer ved bruk av datamaskin, må prosjektet meldes inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, 2011). Denne masterstudien ble ikke vurdert som meldepliktig da det ikke ble samlet inn personopplysninger eller brukt lydopptak, videoopptak eller bilder av de som ble studert. Dermed var det heller ikke aktuelt å sende søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Selv om det ikke var nødvendig å søke om godkjenning for gjennomførelse av masterstudien, så var det likevel viktig at dataene skulle bli behandlet med varsomhet. Dataene i denne studien skulle dessuten anonymiseres ved å gi hver enkelt institusjon et forkortet navn (se tabell 2).

5 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra de innsamlede data. Innledningsvis beskrives utvalget i studien, og type og antall serveringer på de ulike institusjonene blir presentert. Deretter vil resultatene knyttet til de tre første spesifikke målsetningene blir gjennomgått.

5.1 Utvalget

Samtlige informanter som ble kontaktet var villige til å delta i studien. Utvalget bestod derfor av 25 institusjoner, der sju tilhørte Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene, åtte Seksjon rehabilitering, fem Seksjon skadereduksjon og fem Seksjon oppsøkende og MAR Oslo. Det totale antallet respondenter ble likevel 28, da det på tre av institusjonene var to ansatte som deltok på intervjuene sammen. Av de 28 intervjuede var 19 kvinner og 9 menn. De fleste respondentene innehadde tittelen ernæringsansvarlige, det vil si 24 av 28. På to av institusjonene der to ansatte ble intervjuet var det kun den ene som hadde tittelen ernæringsansvarlig, mens den andre intervjuede var annen ansatt. På en annen institusjon der ernæringsansvarlig ikke var tilgjengelig for et intervju, var det i stedet en annen ansatt som deltok på intervjuet. På den siste institusjonen var det ikke ansatt en ernæringsansvarlig, og det var derfor en annen ansatt som ble intervjuobjektet.

5.2 Mattilbudet i Rusmiddeletaten

Tabell 2 gir en oversikt over de 25 institusjonene med tilhørende seksjoner, måltider som ble tilbudt, antall serveringer og tillagte kategori. De ulike institusjonene ble delt inn i fire ulike kategorier på grunnlag av antall serveringer og/eller i forhold til type institusjon, henholdsvis ”to eller færre måltider per uke”, ”en til to måltider daglig”, ”fullkost” og ”dagtilbud”. Servering av snacks ble ikke medregnet som et komplett måltid. Fem institusjoner inngikk i kategorien ”to eller færre måltider per uke”, mens den største gruppen med ti institusjoner falt inn under kategorien ”en til to måltider daglig”. Fem institusjoner ble definert som ”fullkost”, og de resterende fem institusjonene inngikk i kategorien ”dagtilbud”.

Tabell 2. Oversikt over institusjonens tilhørende seksjon, måltider som ble tilbudt, antall serveringer og tillagt kategori, Rusmiddeletaten, 2011

Institusjon	Seksjon	Antall serveringer per uke									Kategori mattilbud
		Frokost	Lunsj	Middag	Kvelds	Sen kvelds	Matpak./ grøt ^{a)}	Udef. måltid	Snacks	Totalt ^{b)}	
n=25											
AK1	- omsorg/ kv.tilt.	0	0	1	0	0	0	0	0	1	≤ 2 per uke
CK2	- omsorg/ kv.tilt.	7	0	7	7	0	0	0	7	21	fullkost
CK3	- omsorg/ kv.tilt.	7	0	7	7	7	7	0	7	35	fullkost
CK4	- omsorg/ kv.tilt.	7	0	7	7	7	0	0	7	28	fullkost
BK5	- omsorg/ kv.tilt.	0	7	1	0	0	7	1	7	16	1-2 per dag
AK6	- omsorg/ kv.tilt.	0	0	0	0	0	0	1	1	1	≤ 2 per uke
BK7	- omsorg/ kv.tilt.	0	7	2	0	0	0	0	3	9	1-2 per dag
BR1	- rehabilitering	5	1	1	1	0	0	1	1	9	1-2 per dag
AR2	- rehabilitering	0	0	1	0	0	0	0	0	1	≤ 2 per uke
BR3	- rehabilitering	5	0	1	0	0	0	0	0	6	1-2 per dag
AR4	- rehabilitering	0	0	1	0	0	0	1	1	2	≤ 2 per uke
BR5	- rehabilitering	7	0	2	0	0	0	0	3	9	1-2 per dag
CR6	- rehabilitering	7	7	7	7	0	0	0	7	28 ^{c)}	fullkost
AR7 ^{d)}	- rehabilitering	0	0	0	0	0	0	0	2	0	≤ 2 per uke
BR8	- rehabilitering	0	0	5	1	0	0	0	4	6	1-2 per dag
DS1	- skadered.	7	0	4	0	0	0	0	0	11	dagtilbud
BS2	- skadered.	0	0	0	0	0	7	0	7	7	1-2 per dag
BS3	- skadered.	7	0	1	3 ^{e)}	0	7	0	7	18	1-2 per dag
BS4	- skadered.	7	1	1	0	0	7	0	7	16	1-2 per dag
BS5	- skadered.	7	0	6	0	0	0	0	3	13	1-2 per dag
CM1	- oppsøk./MAR	7	7	7	7	0	0	0	7	28	fullkost
DM2	- oppsøk./MAR	1	4	1	0	0	0	0	5	6	dagtilbud
DM3	- oppsøk./MAR	5	4	1	0	0	0	0	5	10	dagtilbud
DM4	- oppsøk./MAR	5	4	1	0	0	0	0	5	10	dagtilbud
DM5	- oppsøk./MAR	0	4	1	0	0	0	0	5	5	dagtilbud
Antall serveringer totalt		91	46	66	40	14	35	4	101	296	

^{a)} Ikke nødvendigvis en servering, men det var mulighet for å lage/få matpakke/grøt

^{b)} Inkluderer ikke servering av snacks, da dette ikke ble sett på som et komplett måltid

^{c)} Brødmat var tilgjengelig hele døgnet, og egen frokost, lunsj og kveldsmat kunne lages selv av beboerne, og kunne spises når som helst. Middagen ble servert innen et bestemt klokkeslett.

^{d)} Institusjonen ble inkludert i en kategori selv om det kun ble servert snacks

^{e)} Kveldsmaten var kun tilgjengelig for hver beboer 1 gang per uke

5.2.1 Enkeltmåltidene

Tabell 2 viser at femten institusjoner serverte frokost minimum én gang per uke. Utenom servering av snacks, var frokost det måltidet som ble tilbudt hyppigst, det vil si flest antall ganger i uken, med totalt 91 serveringer per uke. Det var ingen seksjoner der samtlige institusjoner serverte frokost. Innen Seksjon skadereduksjon og Seksjon oppsøkende og MAR Oslo var det størst andel som serverte frokost én gang i uken eller mer, med henholdsvis 80 prosent for begge seksjonene, men det var Seksjon skadereduksjon som totalt sett hadde hyppigst antall frokostmåltider, nærmere bestemt 28 serveringer i uken.

Ti institusjoner serverte lunsj minimum én gang per uke (se tabell 2). Det var kun innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo at samtlige serverte dette måltidet mer enn én gang i uken. Ukentlig ble det servert totalt 46 lunsjmåltider. Åtte institusjoner serverte kveldsmat minimum én gang i uken, med totalt 40 serveringer i uken. Det var to institusjoner, begge tilhørende Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene, som tilbød sine beboere en såkalt sen kvelds. Begge disse institusjonene hadde et fullkosttilbud, og da det ikke ble servert lunsj, men middag til det mange ville definert som lunsj-tid, må det såkalte sen kvelds-måltidet ses på som en slags kveldsmat på grunn av en forskyvning av måltidene.

Tabell 2 viser at middag er det måltidet som ble tilbudt av størst andel institusjoner, henholdsvis 88 prosent av utvalget, tilsvarende 22 institusjoner. Likevel var det ikke det måltidet som ble servert hyppigst blant utvalget. Ukentlig ble det servert totalt 66 middagsmåltider. Det var kun de fem institusjonene med fullkosttilbud som serverte middag daglig. Tolv institusjoner serverte middag kun én per uke. Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene var den seksjonen hvor flest institusjoner serverte middag daglig (3 av 7), og 86 prosent serverte middag minst en gang i uken (6 av 7). I Seksjon rehabilitering serverte 88 prosent (7 av 8) middag én gang i uken eller mer, og i Seksjon skadereduksjon tilbød 80 prosent (4 av 5) middag ukentlig eller hyppigere. Det var kun i Seksjon oppsøkende og MAR Oslo at samtlige serverte en form for middagsmat en gang i uken eller mer. Totalt utgjorde dette elleve middagsserveringer ukentlig, der henholdsvis fire institusjoner kun serverte ett middagsmåltid per uke, mens den siste institusjonen serverte middag daglig.

Fem institusjoner tilbød daglig beboerne matpakker, brødkiver og porsjonspakker med pålegg eller at beboerne selv kunne lage havregrøt (se tabell 2). Av disse fem tilhørte to av institusjonene Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene, og de resterende tre tilhørte Seksjon

skadereduksjon. Det var fire institusjoner som ukentlig tilbød beboerne et måltid av ubestemt type, her kalt et udefinert måltid. To av institusjonene tilhørte Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene, og de to andre tilhørte Seksjon rehabilitering. I tillegg til de ovenfornevnte måltider serverte de fleste, nærmere bestemt 21 institusjoner, ukentlig eller oftere en form for snacks. Dessuten var det ti institusjoner som serverte dessert en gang per uke eller mer.

5.3 Antall beboere og brukere som benyttet seg av mattilbudet

I besøksintervjuet ble respondentene bedt om å oppgi hvor mange beboere eller brukere som benyttet seg av mattilbudet. Det var vanskelig for de fleste av respondentene å estimere dette. Oppmøtet varierte betraktelig på de aller fleste institusjonene. Flere respondenter nevnte blant annet at antallet som benyttet seg av mattilbudet sank drastisk på de dagene det ble utbetalt trygd eller lignende, og det kunne vedvare noen dager. Dessuten varierte også oppmøte til de ulike måltidsserveringene innen en og samme institusjon. Mange respondenter oppga at noen måltider var mer populære enn andre, særlig middagsserveringene. I tillegg var det også mange av respondentene som oppga at det gjerne var en kjerne av beboere eller brukere som vanligvis benyttet seg av mattilbudet. Utregningen av hvor mange som prosentvis benyttet seg av måltidene på hver enkel institusjon, ble basert på gjennomsnittet av antallet som vanligvis benyttet seg av det enkelte måltid, samt gjennomsnittet av det totale antallet måltider som ble servert på institusjonen. På et par av institusjonene fortalte respondentene at de førte lister over hvor mange og hvem som benyttet seg av de ulike måltidene.

Antallet som vanligvis benyttet seg av mattilbudene på de ulike institusjoner varierte fra 16 til 100 prosent av institusjonens beboere eller brukere. Gjennomsnittet totalt for alle institusjonene var 55 prosent, mens medianen lå på 50 prosent. Fire institusjoner (16 %) oppga at de hadde 100 prosent oppmøte til sine måltidsserveringer. Dette fordelte seg som én institusjon i hver av de fire seksjonene, og som tre institusjoner innen kategorien ”fullkost” og én institusjon innen kategorien ”en til to måltider daglig”. Sammenlagt var kategorien ”fullkost” den seksjon eller kategorien som hadde størst gjennomsnittlig oppmøte til måltidene, og Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene den seksjonen som hadde nest best oppmøte. Dårligst estimerte oppmøte var innen kategorien ”dagtilbud” og Seksjon oppsøkende og MAR Oslo, der begge hadde under 50 prosent oppmøte til 80 prosent av måltidene.

5.4 Enkeltmåltidene

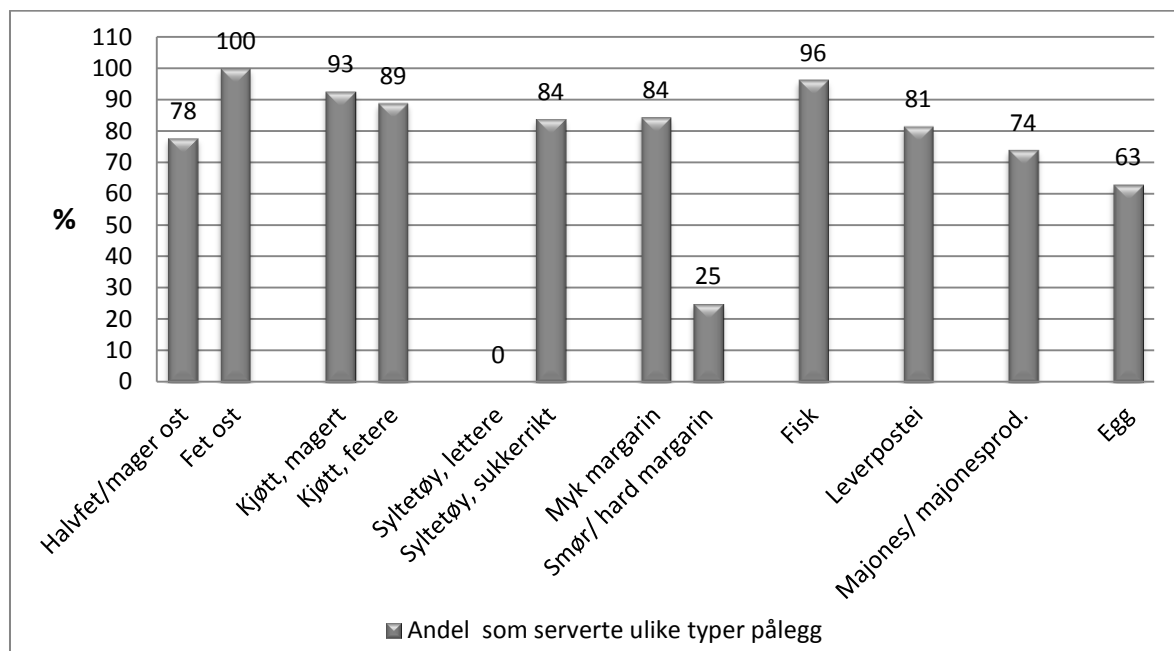
I det følgende vil samtlige typer av måltider og serveringer bli beskrevet og vurdert, hovedsakelig på grunnlag av opplysninger gitt i måltidsintervjuet. I måltidsintervjuet meddelte de aller fleste respondentene at måltidene de oppga innholdet i, var normale måltider.

5.4.1 Beskrivelse og vurdering av brødmåltider

I det følgende presenteres vurderinger av brødmåltidene, i alt 33 måltider. Måltidene ble, som utdypet i metodekapitlet, først og fremst vurdert ut i fra variasjon av matvaregrupper, samt i forhold til spesifikke typer pålegg og andre matvarer som ble servert, blant annet med tanke på magre versus fete, grove versus fine og i forhold til sukkerinnhold og type fett.

5.4.1.1 Beskrivelse av spesifikke typer pålegg og andre matvarer ved brødmåltidene

Figur 2 viser andel i prosent som serverte ulike typer pålegg til brødmåltidene. Såkalte brødmåltider som bestod av havregrøt, frokostblanding eller suppe ble ikke inkludert i prosentutregningene i figur 2. For fullstendig oversikt over hvilke av de 33 brødmåltidene som ble inkludert i de påfølgende prosentueringer av andre spesifikke matvarer som ble tilbudt ved måltidene, se vedlegg 8.



Figur 2. Andel i prosent som serverte spesifikke typer pålegg til brødmåltider, inkludert smør og margarin, Rusmiddelletaten, 2011

Figur 2 viser at det mange steder ble servert både magre og fete påleggstyper på en og samme institusjon. Mens det i samtlige brødmåltider ble servert en form for fet ost, stort sett gouda og/eller goutaler (som Norvegia og Jarlsberg) og Gudbrandsdalsost (G35), serverte 78 prosent halvfete eller magre oster, ofte ulike typer smøreoster. Når det gjaldt servering av kjøtt til brødmåltidene, var det nokså lik fordeling mellom magre og fete produkter, med 93 prosent som serverte magre kjøttprodukter, hovedsakelig kokt skinke, og 89 prosent som serverte kjøtt med høyt fettinnhold, som blant annet salami og bacon. Når det gjaldt servering av syltetøy, var det derimot gjennomgående syltetøy med et høyt innhold av sukker som ble tilbudt til måltidene (84 %). Et par respondenter fortalte imidlertid at det ble tilbudt syltetøy med mindre sukker hvis det var diabetikere på institusjonen. Figur 2 viser også at når det gjaldt smør og margarin, så var det 84 prosent som serverte en form for myk margarin til måltidene, mens smør og hard margarin ble tilbudt i langt færre av tilfellene, nærmere bestemt i en fjerdedel av måltidene. En god andel serverte leverpostei (81 %) og majones, majonesprodukter eller påleggssalat (74 %). Nesten to tredjedeler (63 %) serverte også egg til brødmåltidene. Seks institusjoner tilbød også sjokoladepålegg og/eller nøttepålegg til brødmåltidene.

Fisk ble servert til nesten samtlige brødmåltider (93 %). Kaviar ble servert til 78 prosent av måltidene, makrell i tomat til 70 prosent og sild til 48 prosent. Andre typer fiskepålegg og fiskeprodukter som ble servert i noe mindre omfang var tunfisk/tunfisksalat, kald fiskepudding, svolværpostei, røkelaks/laks, sardiner, brisling og fiskekaker. Totalt 74 typer fiskepålegg eller -produkter ble nevnt servert i brødmåltidene. Da 27 var det totale antallet måltider som serverte brød og pålegg (ekskludert de seks måltidene som bestod av suppe (n=2), grøt (n=3) eller frokostblanding (n=1)) betyr det at mange institusjoner serverte mer enn én type fiskepålegg til måltidet. To institusjoner serverte seks ulike typer fisk og fiskeprodukter til ett og samme måltid.

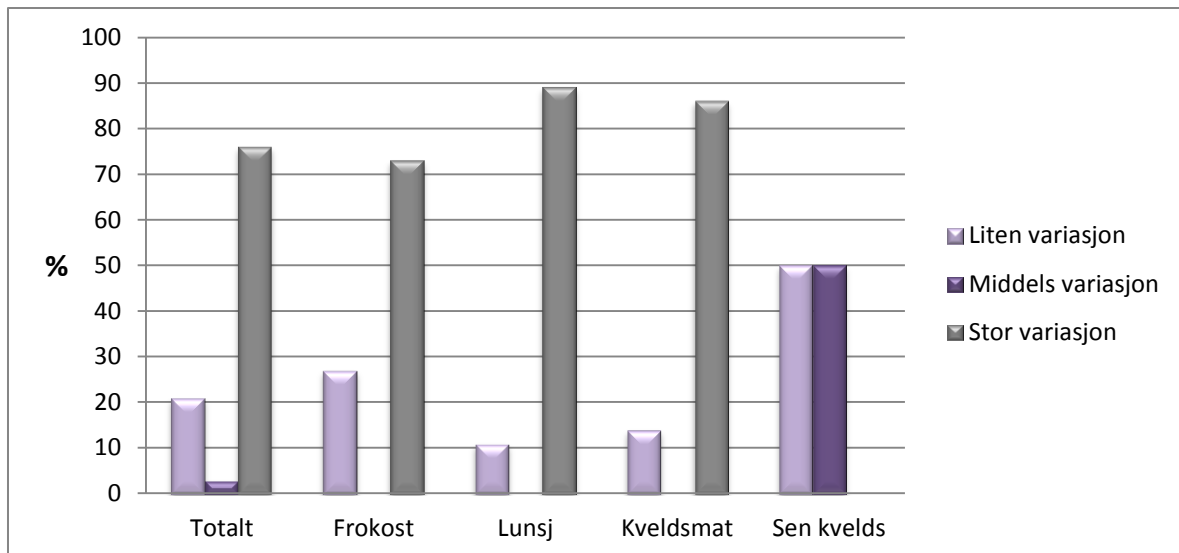
Når det gjaldt valg av type brød, så ble det ved samtlige 29 måltider (ekskludert dem som serverte grøt og frokostblanding) servert grovbrød eller andre grove varianter. Kneippbrød eller halvgrovt brød og loff eller andre brød/kornvarianter av siktet hvetemel ble i tillegg tilbudt ved henholdsvis 31 og 17 prosent av måltidene. Om lag halvparten tilbød også grove knekkebrød. Av de 31 måltidene som potensielt sett kunne ha servert gryn, korn- eller frokostblanding (ekskludert dem som tilbød suppe (n=2)), var det 71 prosent som tilbød dette. Havregryn eller havregrøt ble tilbudt ved 58 prosent av måltidene. Blant de ellers ulike typene

frokostblandinger som ble servert var det blant annet én institusjon som serverte honnikorn og fire institusjoner som serverte corn flakes. Av samtlige 33 brødmåltidene var det ved 82 prosent av tilfellene tilbudt grønnsaker. Dette var hovedsakelig agurk, tomat og paprika. Når det gjaldt frukt, så ble det tilbudt ved 24 prosent av måltidene. Dette var bananer, klementiner, epler, druer og tørket frukt som rosiner og aprikos.

Med tanke på andre typer matvarer som ble servert kan det nevnes at en form for varmrett ble servert ved 45 prosent av måltidene. Dette inkluderte suppe, havregrøt, fiskekaker, bønner, ostesmørbrød, omelett eller rester fra forrige serverte middag. Videre kan det bemerkes at ingen institusjoner hadde servert noen form for mager yoghurt, mens sukrete yoghurttyper ble servert i tolv prosent av tilfellene. Når det gjaldt melk, så var det lettmelk som ble tilbudt flest steder. Mer spesifikt var det 91 prosent som oppga at de hadde servert melk med 1,5 prosent fett eller mindre. De fleste hadde da servert lettmelk, én institusjon hadde servert ekstra lett melk, og ingen hadde servert skummet melk. Til over halvparten av måltidene (55 %) ble det servert h-melk. Alle måltidene som tilbød h-melk tilbød også lettmelk. På fire institusjoner ble også andre typer melkeprodukter servert, til 21 prosent av måltidene, og disse produktene inkluderte biola, cultura, kefir og drikeyoghurt. Juice ble tilbudt til 79 prosent av måltidene, og sukkerholdig saft til 33 prosent av måltidene. Sukkerfri saft ble tilbudt ved tre (9 %) av måltidene, men vel og merke innen en og samme institusjon. Kaffe og/eller te ble oppgitt servert til 73 prosent av måltidene. Når det gjaldt rent sukker/farin, så ble dette tilbudt ved 61 prosent av måltidene. I tillegg ble det ved to institusjoner (6 %) tilbudt sukker- og kanelblanding som erstatning for rent sukker.

5.4.1.2 Vurdering av variasjon av matvaregrupper ved brødmåltidene

Som figur 3 viser ble 76 prosent av samtlige brødmåltider (n=33) vurdert til å ha stor variasjon av ulike matvaregrupper, 3 prosent vurdert til å ha middels stor variasjon av ulike matvaregrupper og 21 prosent vurdert til å ha liten variasjon av ulike matvaregrupper.



Figur 3. Variasjonen i tilbudet ved brødmåltider uttrykt som matvaregrupper og ulike typer måltider, Rusmiddeletaten, 2011

Av samtlige 15 institusjoner som serverte frokost minimum én gang per uke, ble innholdet i forrige serverte frokostmåltid registrert ved hjelp av et måltidsintervju. Som figur 3 viser ble 73 prosent av frokostmåltidene vurdert til å ha stor variasjon i tilbudet av ulike matvaregrupper, mens 27 prosent ble vurdert til å ha liten variasjon. Den gruppen som ble vurdert til å ha liten variasjon bestod av fire institusjoner. Disse måltidene bestod av enten havregrøt eller frokostblanding, med fravær av blant annet brød og pålegg.

Ved hjelp av måltidsintervjuet ble også informasjon om lunsjservering samlet inn. Selv om ti institusjoner serverte lunsj én gang i uken eller mer, ble bare kostinformasjon om måltidene fra ni institusjoner registrert fordi en institusjon serverte frokost som lunsj på lørdager, der innholdet var det samme som i frokostmåltidet. Derfor er kun denne institusjons frokostmåltid vurdert. Totalt 89 prosent av lunsjmåltidene ble vurdert til å ha stor variasjon. Se figur 3. En institusjon serverte et måltid som ble vurdert til å ha liten variasjon av ulike matvaregrupper. Dette ene måltidet bestod av pose-/pulverbasert suppe som ble blandet ut med vann, samt brød og margarin.

Av de åtte institusjonene som serverte kveldsmat minimum én gang per uke, ble innholdet i sju av de forrige serveringene av kveldsmat registrert ved hjelp av måltidsintervjuet. En respondent hadde nemlig ikke fullstendige opplysninger om kveldsmaten som ble servert én gang per uke på institusjonen, da det var en "utenforstående" som kom og tok seg av denne serveringen (som stort sett bestod av suppe). Som figur 3 viser ble 86 prosent av serveringene

av kveldsmat vurdert til å ha stor variasjon av ulike matvaregrupper. Det var én institusjon som serverte et måltid som ble vurdert til å ha liten variasjon av ulike matvaregrupper. Også her hadde dette ene måltidet, i motsetningen til de andre institusjonenes servering av kveldsmat, fravær av et brød og påleggsmåltid. Innholdet i kveldsmaten bestod av pose-/pulverbasert suppe som ble blandet ut med vann, samt noe ekstra tilsatte grønnsaker i suppen, pluss fine og grove baguetter.

Fullstendige opplysninger om innholdet i serveringen av sen kvelds ble innhentet på de to institusjonene som tilbød dette måltidet. Det ene måltidet ble vurdert til å ha middels stor variasjon, og det andre måltidet ble vurdert til å ha liten variasjon av ulike matvaregrupper. Begge måltidene bestod av brød og pålegg.

Tabell 3 viser vurdering av de ulike brødmåltider fordelt på seksjon og kategori av mattilbud. Fra tabellen kan det leses at Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene og kategorien ”fullkost” begge hadde stor variasjon av matvaregrupper til både frokost, lunsj og kveldsmat. Lunsjserveringen innen Seksjon skadereduksjon ble vurdert til å ha liten variasjon. Når det gjaldt frokostservering, ble 75 prosent av frokostmåltidene vurdert til å ha liten variasjon av matvaregrupper hos både Seksjon oppsøkende og MAR Oslo og kategorien ”dagtilbud”.

Tabell 3. Prosentvis fordeling av vurderingen av variasjonen i ulike brødmåltider, fordelt på både seksjoner og kategorier, Rusmiddeletaten, 2011

Vurdering av ulike brødmåltider (n=33)												
Type inndeling	Variasjon frokost (%) (n=15)			Variasjon lunsj (%) (n=9)			Variasjon kveldsmat (%) (n=7)			Variasjon sen kvelds (%) (n=2)		
	Liten	Middels	Stor	Liten	Middels	Stor	Liten	Middels	Stor	Liten	Middels	Stor
Seksjon												
-omsorg-/kv.t.	0	0	100	0	0	100	0	0	100	50	50	0
-rehabilitering	25	0	75	0	0	100	50	0	50	0	0	0
-skadered.	0	0	100	100	0	0	0	0	100	0	0	0
-oppøk./MAR	75	0	25	0	0	100	0	0	100	0	0	0
Kategori mattilbud												
≤ 2 per uke	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-2 per dag	17	0	83	33	0	67	50	0	50	0	0	0
fullkost	0	0	100	0	0	100	0	0	100	50	50	0
dagtilbud	75	0	25	0	0	100	0	0	0	0	0	0

Tabell 4 viser variasjon av matvaregrupper sammenlagt for alle brødmåltidene, fordelt på seksjoner og kategorier av mattilbud. De fleste måltidene ble vurdert til å ha stor variasjon av matvaregrupper. Tre av seksjonene, henholdsvis Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene, Seksjon rehabilitering og Seksjon oppsøkende og MAR Oslo, samt kategorien ”fullkost” hadde stor variasjon av matvaregrupper i serveringene av brødmåltidene i 75 prosent av tilfellene. Den seksjon eller kategori som hadde minst variasjon av matvaregrupper var kategori dagtilbud, med 38 prosent liten variasjon.

Tabell 4. Prosentvis fordeling av vurderingen av variasjonen i brødmåltider totalt, fordelt på både seksjoner og kategorier, Rusmiddeletaten, 2011

Type inndeling	Variasjon brødmåltider (n=33)		
	Liten (%)	Middels (%)	Stor (%)
Seksjon	- omsorg- og kvinnetiltakene (n=10)	13	75
	- rehabilitering (n=7)	25	75
	- skadereduksjon (n=6)	33	67
	- oppsøkende/MAR (n=10)	25	75
Kategori mattilbud	≤ 2 per uke (n=0)	0	0
	1-2 per dag (n=11)	33	67
	fullkost (n=14)	13	75
	dagtilbud (n=8)	38	63

5.4.2 Beskrivelse og vurdering av middagsmåltider

I det følgende presenteres vurderinger av middagsmåltidene, i alt 22 serveringer. Måltidene ble vurdert ut i fra variasjon og innhold av ulike matvaregrupper.

5.4.2.1 Beskrivelse av middagsmåltider

Samtlige institusjoner som oppga at de serverte middag minimum én gang per uke, oppga også innholdet i forrige serverte middagsmåltid ved bruk av måltidsintervju. Det viste seg at over halvparten, 54 prosent, hadde servert middag basert på kjøtt. Fisk ble servert til 41 prosent av måltidene. Type kjøtt som ble servert til middag var både rent kjøtt og kjøttprodukter, som karbonader, kjøttkaker, svinestek, svinenakke, pølser, kjøttsuppe, gryterett og diverse retter med kjøttdeig. Når det gjaldt fisk, ble det også servert både ren fisk og opplaget fiskemat. Det ble servert laksefilet, kolje, rødspette, seifilet, fiskekaker, fiskeboller, fiskegrateng og fiskesuppe. Til de fleste kjøtt- og fiskerettene ble det servert ulike

typer grønnsaker, poteter og saus. Noen institusjoner serverte loff som tilbehør til middagsmaten.

5.4.2.2 Vurdering av middagsmåltider

De institusjonene som serverte kjøtt, fisk eller annen proteinkilde med god kvalitet, poteter, ris eller pasta, samt grønnsaker, fikk sitt måltid vurdert som tilfredsstillende i forhold til kostrådene. De som fikk vurdert middagsserveringen som nokså bra, fikk trekk i vurderingen på grunn av at måltidet inneholdt enten loff eller annen brødmate av siktet hvetemel eller rent smeltet smør som saus. Det måltidet som ble vurdert som mangelfullt fikk trekk fordi måltidet generelt inneholdt lite grønnsaker og lite proteinkilder. Generelt var det mange som serverte saft til middagsmåltidene. Dette har ikke gitt trekk i selve vurderingen, selv om det anbefales vann som drikke til middagsmåltidene. Av det totale antall middagsserveringer ble 73 prosent av måltidene vurdert som tilfredsstillende, 23 prosent som nokså bra og fire prosent som mangelfull i forhold til gjeldende kostråd.

Tabell 5 viser vurderingen av middagsmåltidene fordelt på seksjon og kategori av mattilbud. Det var kun innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo og innen kategoriene ”to eller færre måltider per uke” og ”dagtilbud” at samtlige middagsmåltider ble ansett som tilfredsstillende. Innen Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene og innen kategorien ”fullkost” var det henholdsvis fem av seks (83 %) og fire av fem (80 %) som hadde et tilfredsstillende middagsmåltid, og kun én i hver gruppe som hadde et middagsmåltid vurdert til nokså bra. Det ene middagsmåltidet som ble vurdert som mangelfullt falt inn under Seksjon rehabilitering og kategorien ”en til to måltider daglig”. De seksjonene eller kategoriene som hadde under halvparten av deres middagsmåltider vurdert som tilfredsstillende, var Seksjon rehabilitering og kategorien ”en til to måltider daglig”.

Tabell 5. Prosentvis fordeling av vurderingen av middagsmåltidene, fordelt på både seksjoner og kategorier, Rusmiddeletaten, 2011

Type inndeling		Vurdering middag (n=22)		
		Mangelfull (%)	Nokså bra (%)	Tilfredsstillende (%)
Seksjon	- omsorg- og kvinnetiltakene (n=6)	0	17	83
	- rehabilitering (n=7)	0	57	43
	- skadereduksjon (n=4)	25	0	75
	- oppsøkende/MAR (n=5)	0	0	100
Kategori mattilbud	≤ 2 per uke (n=3)	0	0	100
	1-2 per dag (n=9)	11	44	44
	fullkost (n=5)	0	20	80
	dagtilbud (n=5)	0	0	100

5.4.3 Beskrivelse og vurdering av andre måltider og serveringer

I det følgende presenteres beskrivelser og/eller vurderinger av de serveringene som ikke ble definert som brødmåltid eller middagsmåltid.

5.4.3.1 Matpakke/grøt

Fem institusjoner tilbød beboerne brødsriver og pålegg, matpakker eller selv å lage havregrøt. Innholdet i samtlige serveringer ble registrert i måltidsintervjuet. Fire av måltidene var basert på brødmåltid, der alle inneholdt grovbrød. Ett av måltidene bestod i tillegg av halvgrovt brød. Samtlige tilbød også tre ulike typer pålegg hver, enten makrell i tomat, leverpostei, kokt skinke, syltetøy med et høyt innhold av sukker eller mager eller fet ost. Myk margarin ble tilbudt ved to av institusjonene, og smør ved en tredje. En av brødserveringene inkluderte også lettmelk som drikke, en annen tilbød kaffe. Det femte tilbudet bestod av havregryn, h-melk, lettmelk og myk margarin som så kunne benyttes av beboerne til selv å lage havregrøt. Variasjonen av ulike typer matvaregrupper ble vurdert til å være liten i samtlige tilbud, og blant de påleggstyper og den drikken som ble tilbudt fantes både fete og magre produkter, samt utelukkende syltetøy med et høyt innhold av sukker.

5.4.3.2 Udefinert måltid

Kostinformasjon over innholdet i de udefinerte måltidene ble samlet inn fra samtlige fire institusjoner som hadde denne type servering. Bakgrunnen for at de ikke ble definert som enten et typisk brødmåltid eller et middagsmåltid, var fordi disse måltidene kunne bestå av alt

fra snacks til brødmat eller middag⁶. Det var med andre ord et ubestemt type måltid fra uke til uke. En av respondentene oppga at forrige udefinerte måltid var et alminnelig middagsmåltid bestående av gryterett med kjøtt og ris, samt salat. Dette måltidet ble således vurdert til å være tilfredsstillende i forhold til kostrådene. Det andre måltidet innen kategorien av udefinerte måltider bestod av pose-/pulverbasert suppe blandet med hovedsakelig vann, tilsatte grønnsaker, grove og fine rundstykker. Som tidligere nevnt bør det bli tilsatt proteinkilder av betydelig mengde og kvalitet i suppen eller som tilbehør, for at måltidet skal få et rikelig proteininnhold. Det tredje måltidet bestod av rundstykker av ukjent slag, myk margarin, brunost og kakao. Det var liten variasjon av matvaregrupper, og blant annet fravær av grønnsaker og/eller frukt. Det fjerde og siste måltidet bestod av kanelboller. Som enkeltmåltider ble de tre sistnevnte serveringene vurdert til å ha liten variasjon av ulike typer matvaregrupper.

5.4.3.3 Snacks

Ukentlig ble det tilbudt totalt 101 serveringer av snacks (se tabell 2). Det var stor variasjon i hva som ble servert. Mange oppga at de serverte vafler, kjeks, kaker eller frukt. Ellers ble det nevnt fruktsalat, smoothie, sjokolade og andre søtsaker, is, peanøtter og boller. Kaffe og saft var det mange som serverte sammen med snacks, mens juice og brus var mindre hyppig servert.

5.4.3.4 Dessert

I besøksintervjuet ble respondentene spurt om de serverte dessert på institusjonen. Av de 22 institusjonene som serverte middag var det 46 prosent som serverte dessert en gang per uke eller mer. En institusjon serverte dessert daglig, og en annen institusjon serverte det to ganger per uke. Resten oppga at de serverte det én gang per uke, de aller fleste på søndager. Flere andre respondenter oppga at de på sin institusjon serverte dessert en sjelden gang, men at det ikke var noe regelmessig servering. Det var størst andel institusjoner innen Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene (57 %) og kategorien ”fullkost” (100 %) som serverte dessert, og færrest innen Seksjon skadereduksjon (20 %) og kategoriene ”to eller færre måltider per uke” (20 %) og ”en til to måltider daglig” (20 %). Dessert bestod av typisk ”tradisjonelle” desserter som

⁶ Ett av de fire udefinerte måltidene hadde trolig ikke like stor variasjon av type måltid som ble tilbudt fra uke til uke. Da respondenten aldri selv var på jobb under dette måltidet, og ikke hadde tilstrekkelig oversikt over hvilken type mat som ble servert fra uke til uke, så ble måltidet plassert i denne kategorien.

karamellpudding, sjokoladepudding eller gelé med vaniljesaus, multekrem, riskrem, ulike typer kaker, men noen oppga også frukt som et alternativ.

5.4.4 Tilbud av spesifikke matvarer

5.4.4.1 Sukker

I besøksintervjuet ble respondentene bedt om å svare på hvilke matvarer som ble handlet inn på institusjonen, i hvilken mengde og hvor ofte, og det viste seg at 60 prosent av institusjonene kjøpte inn sukker som de tilbød i ren form til ett eller flere måltider og/eller til kaffen. Åtte prosent av institusjonene tilbød sukker- og kanelblanding i stedet for rent sukker, og 32 prosent tilbød ikke sukker i det hele tatt. Tabell 6 viser at samtlige institusjoner innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo og kategorien ”fullkost” tilbød rent sukker, mens institusjonene innen Seksjon skadereduksjon var den eneste seksjon eller kategori som ikke serverte sukker i ren form.

Tabell 6. Andel institusjoner som tilbød sukker, fordelt på både seksjoner og kategorier, Rusmiddeletaten, 2011

Type inndeling	Andel i prosent som tilbød/ ikke tilbød sukker (n=25)		
	Serverte ikke sukker (%)	Serverte sukker (%)	Serverte sukker- og kanelblanding (%)
Seksjon			
- omsorg- og kvinnetiltakene (n=7)	29	71	0
- rehabilitering (n=8)	25	63	13
- skadereduksjon (n=5)	80	0	20
- oppsøkende/MAR (n=5)	0	100	0
Kategori			
mattilbud			
≤ 2 per uke (n=5)	40	60	0
1-2 per dag (n=10)	60	30	10
fullkost (n=5)	0	100	0
dagtilbud (n=5)	0	80	20

5.4.4.2 Drikke

I besøksintervjuet ble respondentene også spurt om hvilke typer drikke som ble kjøpt inn og tilbudt beboere eller brukere. Kaffe ble kjøpt inn ved 96 prosent av institusjonene, og te ved 80 prosent av institusjonene. Når det gjaldt type melk, var det hovedsakelig lettmelk og h-melk som ble kjøpt inn, med henholdsvis 72 og 64 prosent. Det var flest institusjoner, 80 prosent, innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo som kjøpte h-melk, og færrest innen Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene, med 57 prosent. Samtlige institusjoner innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo kjøpte lettmelk, og færrest kjøpte lettmelk innen Seksjon

rehabilitering, med 50 prosent. Når det gjaldt kategorier av mattilbud, kjøpte samtlige institusjoner innen kategorien ”fullkost” h-melk og lettmelk, og færrest innen kategorien ”to eller færre måltider per uke”, med 20 prosent for både h-melk og lettmelk. Når det gjaldt lettmelk, kjøpte også samtlige innen kategorien ”dagtilbud” dette. En institusjon kjøpte inn ekstra lett melk. Denne institusjonen tilhørte Seksjon skadereduksjon og kategori ”dagtilbud”. Ingen institusjoner kjøpte skummet melk.

Respondentene svarte også på om de kjøpte sukkerholdig saft. Over halvparten (52 %), svarte ja. Flest institusjoner innen Seksjon rehabilitering (63 %) kjøpte sukkerholdig saft, og færrest kjøpte dette innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo og Seksjon skadereduksjon med 40 prosent i hver seksjon. Når det gjaldt kategorier av mattilbud, kjøpte 80 prosent av institusjonene innen kategorien ”fullkost” sukkerholdig saft, kontra 20 prosent innen kategorien ”to eller færre måltider per uke”. Saftforbruket på hver institusjon varierte fra halvannen liters flaske dagen til å servere det til kun ett måltid per uke. Det var 20 prosent av hele utvalget som oppga at de kjøpte sukkerfri saft.

5.5 Fullkosttilbudene

Fem institusjoner hadde et fullkosttilbud, tre tilhørende Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene, én tilhørende Seksjon rehabilitering og én tilhørende Seksjon oppsøkende og MAR Oslo (se tabell 2). I det følgende vil samtlige typer måltider og serveringer bli beskrevet og vurdert, med hovedvekt på opplysninger gitt i måltidsintervjuet.

5.5.1 Måltidstilbud og måltidsfrekvens

Tabell 7 viser hvilke måltider som ble servert på de ulike institusjonene. En institusjon serverte totalt tre hovedmåltider daglig. Tre institusjoner tilbød fire hovedmåltider daglig. En av disse tre institusjonene tilbød i tillegg ferdig smurte matpakker bestående av grovbrød og pålegg på kvelden, og en annen av disse tre hadde mat på felleskjøkken tilgjengelig for beboerne hele døgnet, hovedsakelig brødmat. Den femte og siste institusjonen med fullkosttilbud skilte seg ut fra resten av utvalget ved at det ikke var felles måltidsserveringer når det gjaldt brødmat. Her måtte beboerne selv forsyne seg med mat på felleskjøkken. Ved middagsmåltidene forsynte de seg fra bakker med mat på kjøkkenet. Mens brødmat var tilgjengelig hele døgnet, var middag kun tilgjengelig innen et fastsatt tidspunkt på ettermiddagen.

De institusjonene som hadde tilgjengelig brødmalt hele døgnet, samt den institusjonen som tilbød matpakker, hadde også en form for tilbud om mellommåltid. Samtlige fem institusjoner tilbød frukt, og servering av frukt kan karakteriseres som et mellommåltid, så sant det serveres mellom to måltider. Noen institusjoner serverte frukt *til* hovedmåltidene, og ikke *mellom* hovedmåltidene, og det kan da ikke karakteriseres som et mellommåltid.

Tabell 7. Måltider som ble servert, samt klokkeslett for servering av ulike måltider på fullkostinstitusjoner, Rusmiddeletaten, 2011

Institusjon n=5	Frokost		Lunsj		Middag		Kveldsmat		Sen kvelds		Annet
	Start	Slutt	Start	Slutt	Start	Slutt	Start	Slutt	Start	Slutt	
CK2	08:30	09:30			13:30	14:00	18:00	19:00			
CK3	08:30	09:30			13:00	13:30	17:00	17:30	20:00	21:00	Matpakke tilgjengelig om kvelden
CK4	09:00	09:30			13:00	13:30	17:00	17:30	21:00	21:30	
CR6	-		-		14:30	17:00	-		-		Tilgjengelig mat hele døgnet
CM1	09:00	10:00	12:00	13:00	17:00	18:00	21:00	22:00	-		Tilgjengelig mat hele døgnet

Tabell 7 viser også klokkeslett for måltidsservering på de ulike institusjonene. Når det gjaldt de tre institusjonene som hadde tilbud om matpakker eller tilgjengelig mat på felleskjøkken, overskred ikke nattfasten mer enn anbefalt grense på elleve timer nettopp på grunn av disse tilbudene. Nattfasten overskred elleve timer på de to resterende institusjonene, CK2 og CK4, med henholdsvis 13 ½ og 11 ½ timer. Da institusjon CK2 satt ut fruktfat fra frokosttid er det uvisst om det var frukt igjen på kvelden, og derfor noe uvisst om dette kan karakteriseres som mellommåltid i perioden fra siste kveldsmåltid til frokostmåltidet. På institusjon CK4 ble frukten servert til kveldsmaten, og det var derfor ingen mellommåltider på den institusjonen.

5.5.2 Beskrivelse av spesifikke typer pålegg og andre matvarer

Som det viste seg i resultatene fra de enkelte brødmåltidene, i kapittel 5.4.1, ble det også servert både magre og fete påleggstyper på en og samme institusjon innen fullkostinstitusjonene. Tendensen var omtrent den samme som for vurderingen av brødmåltider på samtlige institusjoner, men det kan likevel nevnes noen funn. Samtlige fem institusjoner serverte både fete og magrere varianter av oster og kjøttpålegg til brødmåltidene. Institusjonene serverte også utelukkende syltetøy med et høyt innhold av sukker. Det ble servert myk margarin til hvert måltid, og en av institusjonene serverte også smør. Fire av fem

institusjoner serverte leverpostei og majones, majonesprodukter eller påleggssalat. Tre institusjoner hadde servert egg i løpet av det forgående døgnet. Respondentene ved de to resterende institusjonene som ikke hadde servert egg, oppga derimot at de vanligvis serverte egg to dager per uke. En institusjon tilbød også sjokoladepålegg og nøttepålegg til brødmåltidene. Ikke alle påleggstypene ble servert til samtlige brødmåltider innen en og samme institusjon. Fiskepålegg ble servert på alle institusjonene, og til nesten samtlige brødmåltider.

Ved samtlige brødmåltider ble det servert grovbrød. En institusjon tilbød loff og kneipp i tillegg. Samtlige serverte gryn, korn- eller frokostblanding til to eller tre av sine brødmåltider. Havregryn eller havregrøt ble tilbudt ved fire av fem institusjoner. Den siste serverte cornflakes som sitt alternativ til gryn, korn- eller frokostblanding. Samtlige institusjoner tilbød grønnsaker til to eller tre av brødmåltidene. Samtlige hadde servert frukt i løpet av det foregående døgnet. Videre kan det bemerkes at ingen institusjoner hadde servert yoghurt. Når det gjaldt melk, så ble lettmelk tilbudt ved alle institusjonene, og h-melk ble tilbudt ved tre av institusjonene. Mens én institusjon også tilbød biola, serverte en annen cultura og kefir. Samtlige institusjoner serverte juice, tre av fem tilbød også sukkerholdig saft til samtlige av sine brødmåltider, og den ene av dem tilbød også sukkerfri saft. Kaffe og/eller te ble tilbudt ved alle institusjonene. Når det gjaldt rent sukker, så ble dette tilbudt ved alle institusjonene, ved nesten alle brødmåltidene.

5.5.3 Vurdering av variasjon av matvaregrupper ved brødmåltidene

Av de totalt 14 brødmåltidene som ble vurdert så ble tolv (86 %) av dem vurdert til å ha stor variasjon av ulike matvaregrupper. Ett (7 %) ble vurdert til å ha middels stor variasjon, og det siste (7 %) ble vurdert til å ha liten variasjon av ulike matvaregrupper. De to sistnevnte gjaldt begge for måltidet sen kvelds. Bakgrunnen for at de fikk disse vurderingene var som tidligere nevnt blant annet at utvalget av pålegg kunne ha vært mer noe mer varierende.

5.5.4 Beskrivelse og vurdering av middag

Tre institusjoner fikk mat fra Sagenehjemmet, deres leverandør av ferdig middagsmat. De to resterende lagde middagsmaten selv. I måltidsintervjuet ble det registrert at to institusjoner hadde servert middag bestående av kjøtt, poteter, grønnsaker og saus, og to andre hadde servert fisk, poteter, grønnsaker og saus. Den siste institusjonen tilbød lasagne, salat og loff.

En institusjon hadde servert suppe til forrett. En institusjon hadde servert dessert bestående av karamellpudding med saus. To institusjoner tilbød frukt som et alternativ til dessert. Den siste institusjonen hadde ikke servert dessert.

Når det gjaldt middagsmåltidene, ble fire av fem vurdert som tilfredsstillende i forhold til kostrådene, og én som nokså bra. Den ene som fikk vurdert middagsserveringen som nokså bra fikk trekk på grunn av at måltidet inneholdt loff i stedet for grovt brød. Dette var en av de to institusjonene som hadde laget middagsmåltidet selv.

5.6 Forhold som kan ha innvirkning på mattilbudet

I det følgende presenteres ulike forhold knyttet til mat og måltider på institusjonene som kan tenkes å ha innvirkning på mattilbudet.

5.6.1 Tidspunkt for måltidsservering

Når det gjaldt de institusjonene som hadde tilbud om frokost, så startet de fleste serveringene mellom klokken 8:30 og 9:30, og avsluttet serveringene mellom klokken 9:30 og 10:00. Noen få avsluttet serveringen noe senere. Frokosten varte som regel fra en halvtime til halvannen time. Når det gjaldt klokkeslett for servering av lunsj, var det fire institusjoner som hadde servering fra klokken 11:30 til 12:30, og tre institusjoner fra klokken 12:00 til 13:00. Noen få hadde lunsjservering på et noe senere tidspunkt. Det var størst variasjon i tidspunkt for servering når det gjaldt middagsmåltidet. De aller fleste institusjonene serverte vanligvis middag klokken 17:00 eller 18:00. Noen få serverte middag noe tidligere på ettermiddagen, én institusjon noe senere på kvelden. Dagsentrene hadde middagsservering på formiddagen, det samme gjaldt for de fleste av fullkosttilbudene. Når det gjaldt de institusjonene som serverte kveldsmat, varierte tidspunkt for servering fra klokken 17:00 til 21:00.

5.6.2 Retningslinjer og rammer rundt mattilbudet

I besøksintervjuet ble respondentene stilt spørsmål om det fantes nedskrevne retningslinjer i forhold til måltidstilbudet på institusjonen, og det var 56 prosent (n=14) som oppga at de hadde det. Dette kunne være retningslinjer i forhold til innkjøp av mat, som innkjøpslister, måltidsforberedelser som menyer, oppskrifter, hvilken type mat som skal serveres, hyppighet, sammensetning og lignende, samt i forhold til selve serveringen. Samtlige institusjoner innen kategorien ”fullkost” og 80 prosent av institusjonene innen Seksjon skadereduksjon oppga at

de hadde en eller flere nedskrevne retningslinjer. Samtlige innen kategorien ”to eller færre måltider per uke” og 57 prosent innen Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene hadde ikke det.

5.6.2.1 Rutiner for matinnkjøp

På spesifikt spørsmål om institusjonene hadde innkjøpslister svarte 52 prosent (n=13) av respondentene at de hadde det. På spørsmålet om innkjøpslistene ble fulgt, svarte 77 prosent av de som benyttet seg av innkjøpslister, at de alltid ble fulgt. Åtte prosent av disse svarte at de stort sett ble fulgt, og 15 prosent svarte at de av og til ble fulgt. På spørsmålet om hvem som vanligvis bestemmer hva som kjøpes inn av matvarer, svarte 13 respondenter (57 %) at det enten var ernæringsansvarlige som bestemte eller at man fulgte en innkjøpsliste, handleliste eller meny. Ni respondenter (39 %) oppga at det var den som var på jobb som bestemte der og da hva som ble kjøpt inn, og én respondent (4 %) oppga at den ansvarlige var den som var på jobb i samråd med beboerne. Samtlige innen Seksjon skadereduksjon og samtlige innen kategorien ”fullkost” oppga at det var ernæringsansvarlig som bestemte eller at man fulgte en innkjøpsliste, handleliste eller meny. Åtti prosent innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo og innen kategorien ”dagtilbud” oppga at det var den som var på jobb som bestemte der og da, hva som ble kjøpt inn. Den ene institusjonen der det var den som var på jobb der og da, men i samråd med beboerne, som bestemte hva som skulle kjøpes inn, tilhørte Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene og kategori ”to eller færre måltider per uke”.

Når det gjaldt spørsmål om hvor de handlet inn matvarer, svarte 48 prosent (n=11) av respondenter at de hovedsakelig bestilte mat fra leverandør(er), men at de også kjøpte noe mat i dagligvareforretning. Tjueseks prosent av respondentene oppga at de handlet i dagligvareforretning, mens de resterende 26 prosent oppga at de hovedsakelig handlet mat fra dagligvareforretning, men også fikk noe fra leverandør(er). Samtlige fra Seksjon skadereduksjon oppga at de hovedsakelig bestilte mat fra leverandør(er), men noe fra dagligvareforretning, og færrest (20 %) fra Seksjon oppsøkende og MAR Oslo. Når det gjaldt kategoriene, oppga samtlige innen kategorien ”fullkost” og ingen innen kategorien ”to eller færre måltider per uke” at de hovedsakelig bestilte mat fra leverandør(er), men noe fra dagligvareforretning. Åtti prosent fra Seksjon oppsøkende og MAR Oslo og fra kategori ”dagtilbud” oppga at de hovedsakelig handlet mat fra dagligvareforretning, men også noe fra leverandør(er). Samtlige innen kategorien ”to eller færre måltider per uke” og 57 prosent innen Seksjon rehabilitering oppga at de kun handlet i dagligvareforretning.

På spørsmålet om hvor mange ganger de handlet per måned, varierte det fra én til 24 ganger i måneden. Både median og gjennomsnittlig antall handlinger per måned lå på ti. Det virket vanskelig for mange av respondentene å oppgi hvor ofte det ble handlet inn mat per måned. Flere institusjoner hadde dessuten flere leverandører for ulike matvarer som kom med ulik hyppighet og leverte mat. Det varierte mellom få og hyppige innkjøp i alle seksjonene og i tre av kategoriene. Færrest forskjeller var det i kategori "fullkost" der det ble oppgitt at de handlet fra seks til tolv ganger per måned.

5.6.2.2 Meny

Førtifire prosent av institusjonene (n=10) oppga at de hadde meny til minst en type måltidsservering. Av disse ti var det åtte institusjoner som oppga at de alltid hadde fast meny som de fulgte, mens det på to institusjoner ble nevnt at de stort sett hadde meny, men ikke alltid. Innen kategorien "fullkost" var det 80 prosent som hadde meny, og 60 prosent innen Seksjon skadereduksjon. Det var kun innen kategorien "to eller færre måltider per uke" og "dagtilbud" at ingen hadde noen form for meny. Innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo hadde de færreste (20 %) en meny de fulgte. Institusjonene brukte hovedsakelig meny i forhold til middagsmat. Samtlige som hadde svart at de hadde menyer, svarte også at menyene ble fulgt og at de fungerte greit.

5.6.2.3 Økonomi

Respondentene ble stilt et spørsmål angående institusjonens matbudsjett. Det var 72 prosent (n=18) som oppga at de hadde et matbudsjett, mens 28 prosent ikke hadde det. Det var flest innen Seksjon skadereduksjon og Seksjon oppsøkende og MAR Oslo som hadde matbudsjett, med henholdsvis 80 prosent i begge seksjonene. Det var færrest (38 %) innen Seksjon rehabilitering som ikke hadde matbudsjett. Samtlige innen kategorien "fullkost" oppga at de hadde matbudsjett, mens det innen kategorien "to eller færre måltider per uke" var 80 prosent som ikke hadde det.

På 12 av de 18 institusjonene som hadde matbudsjett kunne respondentene oppgi hva budsjettet lå på. Likevel måtte noen av disse tolv som oppga det totale matbudsjettet henvende seg til institusjonssjefen eller andre ansatte for å finne ut hva det lå på. Det årlige matbudsjettet som ble oppgitt varierte fra 50 000 til 860 000 kr. Flere oppga at dette var et estimert budsjett. Seks av respondentene kunne ikke svare på hva matbudsjettet på

institusjonen deres lå på. Tre av disse var innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo, to var innen Seksjon skadereduksjon og én var innen Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene.

I besøksintervjuet ble respondentene stilt flere spørsmål angående hvilken betydning ulike forhold hadde for mattilbudet. Når det gjaldt økonomi, oppga 68 prosent at det hadde ”nokså/litt stor betydning” (14 %), ”ganske stor betydning” (27 %) eller ”veldig stor betydning” (27 %) for institusjonens mattilbud. Fjorten prosent svarte ”verken eller” på spørsmålet, mens de resterende 18 prosent mente det hadde enten ”nokså/litt liten betydning” (5 %), ”ganske liten betydning” (9 %) eller ”veldig liten betydning” (5 %).

På tre institusjoner måtte beboerne selv betale per måltid. På den ene institusjonen (AK1), tilhørende Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene og kategori ”to eller færre måltider per uke”, måtte beboerne betale 30 kroner per middagsmåltid, og de hadde middagsservering én gang per uke. Respondenten trodde dette kunne føre til at færre beboere deltok på måltidet. Bakgrunnen for at de tok betalt for måltidet var fordi institusjonen ikke hadde noe budsjett til å kjøpe inn og servere mat. På den andre institusjonen (BR8), tilhørende Seksjon rehabilitering og kategori ”1 eller 2 måltider om dagen”, måtte beboerne betale ti kroner per middagsmåltid, som ble servert fem ganger per uke. Respondenten trodde at å betale kunne hindre noen beboere i å delta på måltidet, mens det for andre beboere trolig ikke ville ha noe å si for om de deltok på måltidet eller ikke. Begrunnelsen for at de tok betalt for måltidet var for at beboerne skulle være en form for kunder, og at de skulle bli behandlet med verdighet. Respondenten bemerket at det i utgangspunktet kun var en symbolsk sum. Det var dessuten mulig å gjøre en arbeidsoppgave for institusjonen i stedet for å betale for maten, for eksempel å hjelpe til med oppvasken. På den tredje institusjonen (BS5), tilhørende Seksjon skadereduksjon og kategori ”1 eller 2 måltider om dagen”, måtte beboerne betale 20 kroner for middagsmat, men ikke for frokost. Respondenten trodde ikke dette hadde noe å si for om de deltok på måltidet eller ikke. Begrunnelsen for at de tok betalt for måltidet var fordi beboerne skulle bli mer selvstendige. Institusjonene så på dette som en form for botrening.

5.6.2.4 Mottakere av gratis mat

Ti institusjoner, tilsvarende 40 prosent, tok i mot gratis mat (fra personer, bedrifter, frivillige organisasjoner eller lignende). Innen kategorien ”dagtilbud” tok samtlige i mot gratis mat. Blant seksjonene var det flest (80 %) innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo som tok i mot gratis mat. Den eneste seksjonen eller kategorien som ikke tok i mot gratis mat var kategorien

”fullkost”. Blant seksjonene var det færrest (88 %) innen Seksjon rehabilitering som tok i mot gratis mat.

Seks institusjoner som oppga at de tok i mot gratis mat fikk det fra Lions. Fire av disse mottok mat regelmessig hver uke, mens de to siste mottok mat annen hver uke. De fleste tok i mot matvarer som yoghurt, egg, juice, brød, snacks som sjokolade, potetgull og andre søtsaker. Ellers var det også noen som oppga at de fikk melk, kjøtt, fisk, Starbucks-kaffe, Fjordlands middagsporsjoner, boller og nøtter. De resterende fire institusjonene fikk mat fra Blå Kors, bakerier, kafeer, butikker i nærområdet eller Gatebarnas far. Mens én av disse institusjonene mottok mat ukentlig, mottok de andre sjelden mat og ikke regelmessig. Matvarer som ble utdelt var brød og andre bakevarer, pølser, lomper, søtsaker, juice, fisk og kjøtt. Hvordan de ulike institusjonene valgte å bruke matvarene varierte. Noen satt matvarene i kjøleskapet, og beboere eller brukerne kunne forsyne seg av maten når de ville. Andre delte matvarene direkte ut til beboerne eller brukerne. Noen valgte å bruke det meste til matlaging på institusjonen. En respondent fortalte at det var opp til den som var på jobb å bestemme hva slags matvarer en ville ta i mot. Derfor kunne det variere mye fra uke til uke.

5.6.2.5 Beboere og brukeres preferanser

På spørsmål om de ansatte på institusjonene mottok tilbakemeldinger fra beboere eller brukere i forhold til mattilbudet, eventuelt i forhold til et mer eller mindre ikke-eksisterende mattilbud, svarte samtlige respondenter at de fikk tilbakemeldinger. Det var varierende tilbakemeldinger institusjonene fikk fra beboere og brukere, men de fleste respondentene oppga at de hovedsakelig fikk positive tilbakemeldinger i forhold til mattilbudet. En respondent fortalte at han hadde fått tilbakemelding fra en beboer om at mattilbudet var ”like bra som på Grand”, og en annen respondent sa at de ofte fikk svært positive tilbakemeldinger på tradisjonell norsk mat. En tredje respondent kommenterte at særlig middagsmaten var så populær at den ble omtalt i flere dager etterpå. Av negative tilbakemeldinger ble det blant annet nevnt av et par respondenter at noen beboere hadde ønske om hyppigere matservering. Andre fortalte at det av og til var noe misnøye i forhold til matvareutvalget, for eksempel i forhold til pålegg, og en respondent fortalte at det ofte var misnøye i forhold til middagene bestående av fisk som ble levert fra Sagenehjemmet.

Da respondentene ble spurt om de på institusjonene tok hensyn til slike tilbakemeldinger i forhold til planlegging av måltider og ved matinnkjøp, svarte 74 prosent (n=17) at de gjorde

det, i det miste til en viss grad. Tjueto prosent (n=5) oppga at de av og til tok hensyn til deres tilbakemeldinger ved planlegging og innkjøp, mens én respondent mente at de på sin institusjon ikke tok hensyn til beboernes tilbakemeldinger. Respondentene ble også stilt et spørsmål angående hvilken betydning beboernes eller brukernes preferanse hadde for mattilbudet, og 86 prosent svarte enten ”nokså/litt stor betydning” (41 %), ”ganske stor betydning” (27 %) eller ”veldig stor betydning” (18 %). Fem prosent svarte ”verken eller” og ni prosent ”nokså/litt liten betydning”.

5.6.3 Ernæringsansvar

I besøksintervjuet ble respondentene (n=22) stilt spørsmål om hvor viktig de mente det var at maten som ble servert på institusjonen var ernæringsmessig god. Femti prosent oppga at det var veldig viktig, 46 prosent at det var ganske viktig og fem prosent at det var nokså/litt viktig. Angående spørsmål om maten var ernæringsmessig god, var det flest, 71 prosent, innen Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene som mente at det var veldig viktig, og færrest innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo som mente det tilsvarende, med 20 prosent. Blant kategoriene, var det ”fullkost” der flest, 80 prosent, syntes det var veldig viktig at maten som ble servert var ernæringsmessig god, og færrest innen ”dagtilbud”, med 20 prosent.

Da respondentene ble spurt om hvem de mente hadde hovedansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av måltidene på institusjonen, oppga sju respondenter at ernæringsansvarlig hadde ansvaret alene. Seks andre respondenter mente det var den ernæringsansvarlige i samråd med en eller flere andre. Den eller de andre kunne for eksempel være andre ansatte, husholder, innkjøpsansvarlig, sykepleier eller institusjonsleder. Av de som ikke oppga at det var den ernæringsansvarlige som hadde ansvaret, ble det nevnt kjøkkenpersonell, husholdstyrer, ”de som lager maten”, ”den som står ansvarlig for å lage og handle den dagen det er et måltid” og ”ansatte som er på jobb”. En respondent kommenterte også at da middagen ble levert fra leverandør, ble avgjørelsene tatt på et høyere nivå, som en ikke hadde mulighet til å kontrollere.

På spørsmål om respondentene har fått opplæring i ernæring på arbeidsplassen, svarte 68 prosent (n=17) ja og 32 prosent (n=8) nei. De fleste nevnte at opplæringen hadde sammenheng med deltakelse i Prosjekt ERT, mens bakgrunnen for at de resterende ikke hadde deltatt på samlinger med Prosjekt ERT var hovedsakelig at de nylig hadde fått tittelen ernæringsansvarlig, eller fordi respondenten ikke var ernæringsansvarlig på institusjonen. På

spørsmål om respondentene hadde noen ønsker om hva et eventuelt kurs i ernæring eller lignende kunne inneholde, oppga 55 prosent at de hadde spesifikke ønsker, som for eksempel ulike ernæringstema knyttet opp til den enkeltes institusjons brukere eller beboere, forhold rundt servering av sukker og andre søtsaker, kosthold og ernæringsutfordringer hos rusmiddelavhengige med mangelsykdommer eller andre sykdommer og bedre utnytting av ressurser i forhold til matlaging. Andre tema som ble nevnt var hvordan man kan påvirke andre ansatte til bedre ernæring på institusjonene, hvordan næringsstoffer bedre kan bevares i maten, fysiologi og sammensetningen av kostholdet som et ernæringsmessig fullverdig måltid, samt oppskrifter på enkle, sunne og raske retter som lett lar seg lage til en stor gruppe mennesker.

5.6.4 Måltidsforberedelser og måltidssituasjonen

5.6.4.1 Måltidets hensikt

Et spørsmål i spørreskjemaet tok for seg hva institusjonene vektla ved måltidene, da med tanke på hva som var mest ønskelig, for eksempel at beboerne eller brukerne skulle få i seg nok næring eller at de skulle lære mest mulig om rammene rundt måltidet, både sosialt og fysisk. Det var 63 prosent (n=15) av de spurte som svarte at det viktigste var både ernæring og det sosiale. To respondenter (8 %) svarte at på deres institusjoner var ernæring det viktigste, og to andre respondenter (8 %) svarte at det sosiale var det viktigste. Fem respondenter (21 %) svarte at på deres institusjoner var både ernæring, det sosiale og fysiske rammer vektlagt i stor grad ved måltidene. En respondent kommenterte i tillegg at det var helheten som var viktig. En annen påpekte at det ikke nødvendigvis var alle ansatte som hadde samme syn på ernæring.

5.6.4.2 Matlaging

I besøksintervjuet ble respondentene også stilt spørsmål om hvem som vanligvis deltok i matlagingen på institusjonen. Dette kan indikere i hvilken grad beboere og brukere har mulighet til å delta i matlagingen på institusjonene. De fleste, 67 prosent (n=16), oppga at det var ansatte, men ikke kokker, som deltok i matlagingen, og 13 prosent (n=3) oppga at de hadde ansatt kokk som hadde ansvar for matlagingen. Noen institusjoner muliggjorde også for deltakelse i matlagingen. En respondent (4 %) meddelte at det stort sett var de ansatte som tok seg av matlagingen på institusjonen, men at beboerne eller brukerne hadde mulighet til å delta om de ønsket det. På fire institusjoner (17 %) var det vanligvis både ansatte og beboere eller

brukere som deltok i matlagingen. Mange respondenter nevnte at deres institusjon ikke hadde kjøkkenfasiliteter som tillot beboere eller brukere å delta i matlagingen.

På spørsmål om respondentene (n=23) syntes de hadde gode nok kjøkkenfasiliteter til å tilberede mat til deres beboere eller brukere, svarte de fleste, 70 prosent, ja, 22 prosent svarte nei, mens 9 prosent svarte verken eller. På spørsmål om hva som eventuelt kunne vært annerledes, kommenterte noen at de kunne hatt bedre kjøkkenutstyr, bedre stekeovn og/eller komfyr, og noen oppga at de hadde gamle eller små kjøkken, og at de for eksempel ikke var egnet til å lage middag til en gruppe mennesker.

5.6.4.3 Matens smak og utseende

I besøksintervjuet ble respondentene (n=22) stilt spørsmål om hvor viktig de mente det var at maten som ble servert på institusjonen smakte godt og så delikat ut. Samtlige respondenter som svarte på spørsmålene mente at det i mer eller mindre grad var viktig. Blant seksjonene var det innen Seksjon rehabilitering 100 prosent oppslutning om at det var veldig viktig at maten smakte godt, mens færrest oppga at det var veldig viktig innen Seksjon skadereduksjon, med henholdsvis 50 prosent. Når det gjaldt de ulike kategoriene, var det innen kategorien ”1 eller 2 måltider om dagen” flest respondenter, 89 prosent, som syntes det var veldig viktig at maten som ble servert smakte godt. Innen kategorien ”to eller færre måltider per uke” var det færrest som syntes det var veldig viktig, med henholdsvis 67 prosent.

Når det gjaldt hvorvidt det var viktig at maten som ble servert så delikat ut, var det flest, 43 prosent, innen Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene som mente at det var veldig viktig, og færrest innen Seksjon skadereduksjon som mente det tilsvarende, med 7 prosent. Når det gjaldt de ulike kategoriene, var det innen kategorien ”fullkost” det var flest, 80 prosent, som syntes det var veldig viktig at maten som ble servert så delikat ut. Innen kategorien ”to eller færre måltider per uke” var det færrest som syntes det var veldig viktig, 33 prosent. Den eneste seksjonen og kategorien som oppga at det var nokså/litt viktig at maten som ble servert så delikat ut, var en institusjon som falt inn under Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene og kategori ”1 eller 2 måltider om dagen”.

5.6.4.4 Servering

I besøksintervjuet ble respondentene stilt flere spørsmål angående matservering. Det viste seg at de fleste institusjonene hovedsakelig brukte "vanlig" dekketøy ved måltidene, det vil si ikke engangs-dekketøy. Det var én institusjon (DS1) som brukte porselenstallerkener, men som brukte engangskopper og -bestikk, i papp og plast. En annen institusjon (BS2) hadde gjennomgående alt av tallerkener, kopper, glass og bestikk i engangs. På spørsmålet om hva slags type dekketøy som ble benyttet på institusjonene, var det mange av respondentene som kommenterte at de måtte forholde seg til retningslinjene i en såkalt Miljøfyrtårnordning. I følge Oslo kommune sine nettsider har kommunen vedtatt å miljøsertifisere alle dens virksomheter ved å finne konkrete og tilpassede miljø- og klimatiltak ved hjelp av stiftelsen Miljøfyrtårn (Oslo kommune, 2011a).

Hvordan de ulike institusjonene valgte å servere mat, varierte stort innen de ulike institusjonene og kunne dessuten variere en del i en og samme institusjon i forhold til type matvare og over tid. De fleste serverte kjøttpålegg og hard ost på fat, henholdsvis 67 og 43 prosent. Fisk ble av de fleste servert i porsjonspakker, men også mye i opprinnelig emballasje og på fat eller i skål. Smøreost og syltetøy ble også ofte servert i porsjonspakker, men like mye i opprinnelig emballasje og i skåler. Når det gjaldt hvordan en serverte middagsmat, var det flest respondenter som oppga at det varierte fra måltid til måltid, særlig med tanke på hvilken type middagsmat som ble servert.

Av de institusjonene som tilbød grønnsaker til brødmåltidene oppga 94 prosent (n=15) at de serverte dem oppkuttet, mens 6 prosent, tilsvarende én institusjon, oppga at de tilbød grønnsakene hele. Den samme institusjonen som tilbød hele grønnsaker ved brødmåltider, var også den eneste som tilbød det samme utenom hovedmåltidene. Fem institusjoner hadde tilbud av frukt ved brødmåltidene. Seksti prosent av disse oppga av de serverte dem oppkuttet, og 40 prosent at de serverte dem hele. Av de 16 institusjonene som tilbød frukt utenom hovedmåltidene oppga 44 prosent at de serverte dem hele, 38 prosent at de serverte dem oppkuttet, og 19 prosent at de serverte dem både hele og oppkuttet. Det var to institusjoner som av og til serverte bær i form av smoothie. Ellers var det noen som bemerket at det kunne bli servert bær i ulike typer desserter. Bær i form av syltetøy var det nærmeste flere institusjoner kom servering av bær.

5.6.4.5 Spisesituasjonen

Av de respondentene som ble stilt spørsmål om beboerne eller brukerne selv kunne velge hvor de ville spise maten sin ved brødmåltidene, svarte 71 prosent (n=15) nei og 27 prosent (n=6) ja. Når det gjaldt de 23 som ble stilt tilsvarende spørsmål om middagsmåltidene, svarte 83 prosent nei og 17 prosent ja. På spørsmålet om beboerne eller brukerne spiste alene eller sammen med andre ved brødmåltidene, svarte 67 prosent (n=14) at de spiste sammen og 33 prosent (n=7) at det var valgfritt. Når det gjaldt de 23 som ble stilt tilsvarende spørsmål om middagsmåltidene, svarte 78 prosent (n=18) at de spiste sammen og 22 prosent (n=5) at det var valgfritt. Flere av respondentene oppga at selv om de hadde regler på at maten skulle inntas i fellesskap og på et fastsatt sted, så var det likevel rom for unntak som blant annet når folk var syke eller slet med psykiske problemer, for eksempel sosial angst. Mange hadde også regler på at det ikke var ansett som greit å delta på et måltid i tydelig ruset tilstand, eller i det hele tatt ruset. På de fleste institusjoner var det instruksjoner om at beboerne eller brukerne skulle innta måltidene i fellesrom som kjøkken, stue, spisesal eller lignende, og noen poengterte også at de hadde faste plasser.

Av de som oppga at beboerne eller brukerne selv kunne velge hvor de ville spise maten, påpekte de fleste at de ansatte ønsket at beboerne eller brukerne skulle spise på et fastsatt sted, men at de ikke kunne tvinge dem. En respondent påpekte at det var særlig på grunn av at mange har et vanskelig forhold til mat, for eksempel psykiske lidelser som angst, manglende ferdigheter i forhold til matspising eller spiseforstyrrelser, som gjorde det vanskelig for dem å delta i et felles måltid. En annen respondent nevnte at de hadde tilbud om frokost en halvtime om morgenen, og beboerne kom ofte til frokostserveringen en etter en, og hun trodde at beboerne ikke hadde lyst til å sitte alene sammen med de ansatte å spise frokost, og at de derfor tok med seg maten på rommene sine. En tredje respondent fortalte at selv om det var valgfritt å spise middagsmaten hvor som helst, så satt de fleste seg rundt kjøkken- eller stuebordet og spiste maten der.

På spørsmål om hvorfor institusjonene hadde valgt å gjøre det slik at måltidene skulle foregå i fellesskap, ble det sosiale ved det fremhevet. Flere mente at det var en fin arena å treffe andre, at det var et sted man kunne ha hyggelig samtaler og at det ga samhold. Ellers ble det påpekt at et felles måltid har oppdragende funksjon, det ga trening og det var med på å gi struktur på hverdagen, og når det gjaldt frokost, fikk det folk til å komme seg opp om morgenen. Noen nevnte også at det var mest praktisk i forhold til hygieniske hensyn, og at man da hindret at

maten ble dradd med rundt på institusjonen eller at den ble liggende rundt om i ulike rom og råtne. Det ble også nevnt at det var lettere å få hjelp fra de ansatte hvis en trengte det. Andre uttalte at et felles måltid var viktig med tanke på at man hadde oversikt over hvem som spiste, hva de foretok seg under bespisningen og en hindret at ting ble stjålet.

Samtlige (n=23) som svarte på spørsmål om de synes det var viktig å ha fokus på å skape en hyggelig måltidsatmosfære på institusjonen deres, sa ja. De ble så bedt om å gi eksempler på hvordan de gjorde dette på sin institusjon. Veldig mange av respondentene svarte da at de dekket bord med lys og servietter. Noen nevnte også at de la på duk og satt blomster på bordet. Andre oppga at maten måtte se innbydende ut, og at det skulle være rent og ryddig der måltidet skulle inntas. Igjen ble det nevnt av noen at det var viktig å ha en hyggelig samtale rundt bordet og at svært rusede beboere ikke fikk delta.

5.6.4.6 Ansattes rolle ved måltidene

På spørsmål om hvorvidt ansatte var til stede ved måltidene eller ikke, svarte samtlige av de spurte at de var til stede. Flesteparten, 61 prosent (n=14), svarte at ansatte stort sett pleide å spise sammen med beboerne eller brukerne, 24 prosent (n=6) oppga at de av og til spiste sammen med beboerne eller brukerne, og 12 prosent (n=3) oppga at ansatte alltid var til stede, men at de ikke pleide å spise sammen med beboerne eller brukerne.

Når det gjaldt hvor mange som var til stede ved måltidene, varierte dette fra én til seks ansatte. Gjennomsnitt og median var to ansatte til stede ved måltidene. På tre institusjoner (17 %) var det forskjell på deltakelse i måltidene mellom brødmåltid og middagsmåltid. En informant forklarte dette med at de spiste ikke alltid middag med dem, fordi de så om det var nok mat til brukerne først. En annen informant oppga at de spiste sammen til middagsmåltidene, samt alle måltidene i helgene, og at de da brukte måltidet som en sosial setting og en terapeutisk arena. Grunnen til at de ikke spiste sammen med beboerne ellers, var av praktiske og økonomiske årsaker. En siste respondent oppga at det kun var middagsmåltidet de ansatte deltok i.

Respondentene ble bedt om å utdype rollen til de ansatte ved måltidene, for eksempel om måltidene ble brukt terapeutisk, om ansatte var rollemodeller, eller at ansatte styrte samtalen som for eksempel at beboere eller brukere ofte ikke hadde lov til å snakke om rus i måltider. Mange av respondentene mente at måltidet først og fremst skulle være hyggelig og sosialt.

Mange oppga at bakgrunnen for at det var ansatte til stede var for at de kunne sette i gang samtaler, de kunne lytte til beboerne eller brukerne og at det var en fin setting for ”den gode samtalen”. Flere respondenter omtalte måltidet som en terapeutisk arena, og noen oppga at de spiste sammen med beboere eller brukere hvis de mente at det var behov for det i form av støtte. Noen nevnte også at når beboere eller brukere spiste sammen med de ansatte, kunne dette gi en bedre relasjon mellom dem. Flere respondenter fortalte også at ansatte var til stede ved måltidene for at det skulle gi trygghet og for at de skulle ha kontroll og oppsyn, og således kunne korrigere uønsket atferd. Mange hadde for eksempel regler om at man ikke skulle snakke om rus ved måltidet. De ansatte kunne også gå foran som et godt eksempel, særlig med tanke på bordskikk.

5.6.5 Faktorer som respondentene selv mente kunne ha innvirkning på mattilbudet

I besøksintervjuet ble respondentene stilt flere spørsmål angående hvilken betydning ulike forhold hadde for mattilbudet. Foruten økonomi og beboernes og brukernes preferanser, som mange mente til en viss grad hadde innvirkning på mattilbudet, kunne også interesse for mat og ernæring hos ansatte, hygieniske hensyn, tannstatus hos beboere eller brukere og oppbevaringsmuligheter ha innvirkning på mattilbudet. Noen få respondenter poengterte at også tidsbruk var en faktor av stor betydning. De kommenterte at det var begrenset med tid som kunne settes av til matlaging. Ellers var det en respondent som oppga begrensede kjøkkenfasiliteter som hemmende faktor på institusjonens mattilbud.

6 Diskusjon

Dette kapitlet inneholder en diskusjon av relevante forhold knyttet til denne masterstudien. Innledningsvis diskuteres utvalg og metode for datainnsamling, med vekt på studiens styrker og svakheter. Deretter følger en diskusjon av de viktigste funnene.

6.1 Diskusjon av utvalg og metode

Kvalitetsvurdering av data er et grunnleggende element i vitenskapelige studier. Reliabilitet og validitet er sentrale begreper i denne sammenheng (Grønmo, 2007). Med reliabilitet, eller pålitelighet, menes at gjentatte målinger med det samme måleinstrumentet er i stand til å gi det samme resultatet (Ringdal, 2007). I denne sammenheng vil det si, dersom undersøkelsen ble gjentatt, under like forhold, ville fått tilsvarende resultater som denne masterstudien. Høy reliabilitet er dessuten en forutsetning for høy validitet. Validitet, eller gyldighet, omhandler om en faktisk måler det en vil måle, og det skilles mellom ekstern og intern validitet (Ringdal, 2007). Intern validitet dreier seg om hvorvidt resultatene i en studie kan tillegges selve undersøkelsen og ikke eventuelle ytre faktorer som det ikke kontrolleres for (Drageset & Ellingsen, 2009; Grønmo, 2007). Det vil si om en måler det en tror en måler ved at det er sammenheng mellom fenomenet som undersøkes og de innsamlede dataene (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). I forhold til denne masterstudien relateres dette til hvorvidt metoden for innsamling av data oppfylte studiens hovedmål og spesifikke målsetninger. Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene fra en studie er generaliserbare (Margetts & Nelson, 1997). Intern validitet er en forutsetning for ekstern validitet. Ekstern validitet er derimot ikke en forutsetning for intern validitet, da en studie kan ha høy intern validitet, uten at den er generaliserbar til populasjonen (Margetts & Nelson, 1997). I denne konteksten dreier det seg om hvorvidt funnene i masterstudien er generaliserbare for institusjoner i Rusmiddeletaten i Oslo.

6.1.1 Utvalg

Da populasjonen i denne masterstudien var relativt liten, ble det bestemt at det ikke skulle trekkes et utvalg. Johannessen et al. (2010) hevder at det neppe er gjennomført undersøkelser hvor det er brukt utvalg, som ikke har bortfall av respondenter. I denne studien var det ingen bortfall i utvalget. Hele populasjonen ble dermed undersøkt, og det er derfor generaliserbart for samtlige institusjoner med mattilbud i Rusmiddeletaten i Oslo.

Proessen fra å få kontakt med samtlige ernæringsansvarlige eller andre ansatte til deretter å sette opp intervju- og besøksavtaler etter respondentenes ønsker, var utfordrende, men gikk etter forholdene bra. Selve intervjuene og observasjonene, samt reisetid til og fra de enkelte institusjonene, var tidkrevende, men ikke uoverkommelig.

Ernæringsansvarlige ble ansett som nøkkelpersoner hva angikk mattilbudet på den enkelte institusjon. Respondentene ga generelt fyldige og gjennomtenkte svar på mange av spørsmålene. Studien fikk således svar på det den ønsket å måle, noe som følgelig kan styrke dens interne validitet. Likevel var det visse spørsmål der noen ernæringsansvarlige virket usikre på hva de skulle svare. Dette gjaldt blant annet spørsmål angående matbudsjett og spørsmål om hvor mye som ble handlet inn, i hvilken mengde og hvor ofte (se vedlegg 6). Respondentene var muligens ikke de mest egnede til å svare på disse spørsmålene, så dette kan være med på å svekke masterstudiens interne validitet. På den andre siden er kanskje dette noe av problemene i etaten.

6.1.2 Metode

I arbeidet med valg av metode ble det vurdert at innsamling av kvantitative data ville være mest hensiktsmessig for å nå masterstudiens hovedmål og spesifikke målsetninger. Likevel ble det besluttet at målsetningene lettere ville oppnås ved kvalitative innslag. Det ble derfor valgt å benytte en form for metodetriangulering. Som Ringdal (2007) hevder, er det i dag blitt relativt vanlig å se på kvantitativ og kvalitativ metode som komplementære, mer enn som to motsetninger. Det skal bemerkes at de kvalitative innslag i denne masterstudien ikke var en strukturert og egen form for datainnsamling, da det på bakgrunn av masterstudiens omfang ikke var mulig å utføre en systematisk og grundig kvantitativ og kvalitativ undersøkelse på samtlige analyseenheter. Bruk av observasjon i masterstudien ga forskeren en bredere forståelse av hvordan blant annet måltidssituasjonen foregikk på mange av institusjonene, som muligens ikke kunne blitt forstått like godt ved bruk av kun et spørreskjema. Det kan se ut til at metodevalget var særlig hensiktsmessig til studiens formål, og kan trolig være med på å styrke studiens interne validitet. Mer inngående bruk av metodetriangulering vil være en gunstig form for metode i videre arbeid med å kartlegge mattilbud på institusjoner.

6.1.2.1 Besøksintervju

Bruk av elektronisk form for spørreskjema, telefonintervju eller postintervju ble ansett som lite gunstige metoder for datainnsamling i denne masterstudien, da dette blant annet gir liten

eller ingen form for personlig kontakt og utelukker bruk av visuelle hjelpemidler, samt medfører at antall spørsmål i spørreskjemaet må være relativt begrenset (Dalland, 2007). Da mulighetene lå til rette for personlig fremmøte til hver enkelt institusjon, ble det bestemt at et besøksintervju, med spørreskjema med ferdig utformede spørsmål, var den mest hensiktsmessige form for datainnsamling. Fordeler med et besøksintervju er blant annet at intervjueren får mulighet til å legitimere seg, gi ytterligere informasjon om undersøkelsen, forklare eller utdype spørsmål, oppklare eventuelle misforståelser eller tyde respondentens kroppsspråk. Ulemper med et besøksintervju er først og fremst at det er tidkrevende for intervjueren, da hver respondent skal besøkes. Det kan dessuten ta mye av respondentens tid. Et langt spørreskjema kan også virke trettende på respondenten. I tillegg kan samhandlingen og utenomsnakk mellom intervjuer og respondent virke ledende, samt gi uheldige svareffekter. Respondenten kan også bli distraheret av andre ansatte, brukere, beboere eller av telefonen (Dalland, 2007). Samtlige respondenter i masterstudien fullførte hele intervjuet som var relativt langt. Sjansen for at flere av respondentene trolig hadde gått lei dersom de skulle svare på alt på spørreskjema for eksempel via e-post var stor, noe som kunne ha svekket den interne validiteten.

Forholdene rundt intervjuene, særlig med tanke på intervjuerens atferd og hvordan spørsmålene ble stilt, var tilnærmet like da det kun var én person som utførte samtlige intervju. Dette er med å styrke studiens reliabilitet. Likevel må det bemerkes at innsamlede data kan ha blitt påvirket av det man kaller forskningseffekten, der svarene er influert av det faktum at det foregår en undersøkelse. Det må derfor også vurderes om noen av de svar respondenten har gitt er svar som han eller hun tror at forskeren vil høre (Dalland, 2007). Da respondentene var informert om at intervjueren hadde ernæringsfaglig bakgrunn, kan de på noen spørsmål angående ernæring til en viss grad ha overdimensjonert deres svar. Dette gjelder likevel få spørsmål (se for eksempel vedlegg 6, spørsmål 36). Det vil imidlertid være ytre faktorer det vil være vanskelig å kontrollere for, og vil således kunne svekke den interne validiteten.

6.1.2.2 Spørreskjemaet

Når det gjelder spørreskjemaene benyttet i besøksintervju er ofte intervjupersonen en annen enn den som har utformet spørsmålene (Dalland, 2007). Dette var ikke tilfellet i denne masterstudien. Spørreskjemaet brukt i besøksintervjuet ble utarbeidet av intervjueren. En fordel med dette er at intervjueren forstår ordlyden og meningen med spørsmålene. Dette kan

styrke masterstudiens interne validitet ved at det er større sannsynlighet for at en måler det en faktisk ønsker å måle.

Spørreskjemaet ble bygd opp etter studiens målsetninger. Når det gjaldt del en av spørreskjemaet, bakgrunnsinformasjon, og del to, måltidstilbudet generelt, syntes de å fungere etter sin hensikt (se vedlegg 6). Ett av spørsmålene i del to omhandlet antall beboere eller brukere som benyttet seg av mattilbudet. De fleste respondentene hadde vanskeligheter med å estimere dette. Det knyttes derfor stor usikkerhet til resultatene om gjennomsnittlig antall som benytter seg av mattilbudet.

Angående del tre av spørreskjemaet som tok for seg forhold rundt matinnkjøp, viste det seg etter hvert at særlig et av spørsmålene var mer komplisert enn først antatt (se vedlegg 6, spørsmål 19). Spørsmålet angående hvilke matvarer som ble handlet inn, i hvilke mengder og hvor ofte, var i utgangspunktet utarbeidet til bruk der respondentene ikke kunne vise til innkjøpslister. Strukturerte og tydelige innkjøpslister som ga en tilstrekkelig oversikt over institusjonens innkjøp var vanskeligere å få tak i enn forventet. Det resulterte i at i de fleste intervjuene måtte respondenten svare på alle delspørsmålene i dette hovedspørsmålet, noe som i tillegg var tidkrevende. De fleste respondentene hadde vanskeligheter med å oppgi hva som ble handlet inn, i hvilke mengder og hvor ofte når det gjaldt diverse matvarer, og noen respondenter gikk for eksempel til stadighet ut på kjøkken og kjølerom for å sjekke hvilke typer matvarer de serverte eller henvendte seg til andre ansatte for å høre hvordan innkjøpsrutiner var for diverse varer. De innsamlede data fra dette hovedspørsmålet ble derfor ansett som noe mangelfulle, og således en svakhet for spørsmålets reliabilitet, og ble i databehandlingen ikke benyttet i like stor grad som først planlagt.

Formålet med fjerde del av spørreskjemaet, måltidsintervjuet, var å samle inn omfattende data om innholdet i institusjonenes ulike måltider, og det syntes å fungere etter sin hensikt. Ved bruk av 24-timers kostintervju er det vanlig å repetere intervjuet på samme individ på flere ulike dager, da ett slikt kostintervju per individ ikke er tilstrekkelig for å beskrive en persons kosthold (Gibson, 2005). Det samme vil også gjelde for måltidsintervjuet benyttet i denne studien. Gjentatte registreringer av ett og samme type måltid ville trolig gitt et mer gyldig bilde av måltidstilbudet, og således ha styrket studiens reliabilitet. Det ble likevel ikke gjort fordi det ble en for omfattende prosess for masterstudiens omfang. En ulempe med 24-timers kostintervju er at metoden baserer seg på hukommelse (Nelson & Bingham, 1997), noe som

også vil være gjeldende for et måltidsintervju. Ettersom flere institusjoner kun serverte ett spesifikt måltid én gang i uken kunne det være vanskelig for respondenten å huske hva som ble tilbudt ved forrige servering, da de var på jobb. Respondentene hadde ikke nødvendigvis vært til stede på forrige serverte måltid på institusjonen, og måtte i så fall prøve å huske tilbake i tid hva som tidligere hadde blitt servert. Dette kan trolig også ha svekket studiens reliabilitet. Da respondentene skulle svare på spørsmål i måltidsintervjuet hadde de på foregående spørsmålet blitt spurt om å ramse opp hvilke matvarer som institusjonen vanligvis handlet inn, i hvilke mengder og hvor ofte. Fordelen med det omfattende spørsmålet kan ha vært at respondentene husket bedre hva de serverte ved forrige måltid, særlig med tanke på innholdet i brødmåltider.

Siste del av spørreskjemaet, som gjaldt måltidsforberedelser og måltidssituasjonen, syntes å fungere bra etter sin hensikt (se vedlegg 6). Noen få av spørsmålene kan man i ettertid se var formulert med en noe ledende tone, for eksempel når det gjaldt spørsmålet om hva som ble vektlagt ved måltidene, eller på spørsmålet der respondentene ble spurt om de synes det var viktig å ha fokus på å skape en hyggelig måltidsatmosfære (se vedlegg 6, spørsmål 29 og 30). Dette kan ha svekket studiens reliabilitet noe. Noen av spørsmålene fra del fem, og et par andre fra de andre delene, viste seg å ikke fungere optimalt og er ikke analysert like mye som de andre spørsmålene. Dette vil ofte kunne være tilfellet ved utvikling av spørreskjema på områder det ikke har vært forsket så mye på tidligere.

6.1.3 Studiens reliabilitet og validitet

Vurdering av reliabilitet kan som vist særlig knyttes til spørreskjemaet som måleinstrument. Er dataene og resultatene preget av mange målefeil, gir dette lav reliabilitet. Det ble derfor lagt vekt på nøyaktighet i både innsamling, behandling og tolkning av data, for på den måten å redusere risikoen for målefeil. Reliabiliteten i denne masterstudien ble vurdert til å være tilstrekkelig, men noen svakheter. I tillegg ble det utført en pretest av spørreskjemaet før endelig ferdigstillelse. Ved valg av metode ble det lagt vekt på at metoden måtte være egnet til å måle det som faktisk var ønskelig å måle og det kan muligens ha bidratt til å styrke studiens interne validitet. Studiens interne validitet ble også vurdert til å være tilstrekkelig, men også den med noen svakheter.

6.2 Resultatdiskusjon

6.2.1 Diskusjon av vurderingen av enkeltmåltidene og fullkosttilbudene

I det følgende diskuteres vurderingen av enkeltmåltidene og noen av de spesifikke matvarene måltidene bestod av og avslutningsvis diskuteres fullkosttilbudet.

6.2.1.1 Enkeltmåltidene

Funn fra måltidsintervjuene viste at det overveiende var stor variasjon av ulike typer matvaregrupper som ble servert ved brødmåltider (se tabell 3 og 4). Imidlertid var det åtte brødmåltider, som ble vurdert til å ha liten eller middels stor variasjon av matvaregrupper. To av disse brødmåltidene ble vurdert slik på bakgrunn av et begrenset utvalg av matvaregrupper, hovedsakelig påleggstyper. De seks resterende måltidene ble vurdert slik hovedsakelig grunnet fravær av brødmat med pålegg. I følge retningslinjene (Statens ernæringsråd, 1995) og utkastet til veilederen (Helsedirektoratet, 2011) bør brød og pålegg være et alternativ ved brødmåltider. Resultatene fra masterstudien viste at fire av de brødmåltidene som ble vurdert til å ha liten variasjon av matvaregrupper bestod av havregrøt som eneste alternativ til frokost. I retningslinjene (Statens ernæringsråd, 1995) og i utkastet til *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2011) spesifiseres det at deler av frokostmåltidet kan byttes ut med grøt, velling eller kornblandinger. Selv om det i retningslinjene og veilederen oppfordres til å servere brød og pålegg, så må det imidlertid bemerkes at et måltid basert på havregrøt kan være ernæringsmessig fullverdig, så lenge grøtmåltidet er satt sammen av en tilfredsstillende fordeling av karbohydrater, fett og proteiner. Det kan for eksempel tilbys nøtter og frisk eller tørket frukt som tilbehør, og grøten kan være kokt på melk.

Funnene fra masterstudien viste også at middagsmåltidene stort sett ble vurdert som tilfredsstillende i forhold til kostrådene (se tabell 5). Imidlertid var det fem middagsmåltider som ble vurdert som nokså bra og ett måltid som ble vurdert som mangelfullt. Det må likevel påpekes at de middagsmåltidene som ble vurdert som nokså bra måltider i forhold til kostrådene ikke hadde store mangler, men de inneholdt matvarer som med fordel kunne vært byttet ut med sunnere alternativer. For eksempel burde loff byttes ut med grovere alternativer. Måltidet som ble vurdert som mangelfullt i forhold til kostrådene bestod av pose-/pulverbasert suppe. Det er imidlertid fullt mulig å servere pose-/pulverbasert suppe som et fullverdig måltid, men suppen bør i følge utkastet til veilederen (Helsedirektoratet, 2011) da være tilsatt kjøtt, fisk eller melkeprodukter for at den skal få et rikelig proteininnhold. Dersom suppen

ikke inneholder slike ingredienser, anbefales brød med proteinrikt pålegg som tilbehør til suppen. Dessuten bør suppen også inneholde tilsatte grønnsaker.

Tre institusjoner delte ut brødkiver og pålegg til beboerne, én institusjon tilbød ferdig smurte matpakker, og én institusjon tilbød beboerne selv å lage havregrøt (se tabell 2). Variasjonen av ulike typer matvaregrupper ble vurdert til å være liten i samtlige av disse tilbudene, og det var blant annet totalt fravær av frukt og grønnsaker. Som enkeltmåltider ble ikke måltidene betraktet som tilfredsstillende i forhold til kostrådene. Den institusjonen som serverte ferdig smurte matpakker hadde et fullkosttilbud, og matpakken var ikke et av de fire daglige hovedmåltidene, men et mellommåltid, og således betraktes dette som en tilfredsstillende mellommåltidsservering. Samtlige respondenter på de fire andre institusjonene som tilbød brødkiver og pålegg eller havregrøt, understreket at disse tilbudene var særlig ment som et tilbud til dem som virkelig trengte å få i seg noe mat. Intensjonen bak disse tilbudene kan trolig forstås som at noe mat er bedre enn ingen ting, selv om det ikke nødvendigvis er et ernæringsmessig tilfredsstillende måltid. De tre institusjonene som delte ut brødkiver og pålegg til beboerne var alle innen Seksjon skadereduksjon, der mange av de tyngste rusmiddelavhengige bor. En kan derfor stille spørsmål om det å tilby et måltid som ikke er ernæringsmessig fullverdig, er bra nok, særlig med tanke på at de rusmiddelavhengige det gjelder trolig ikke selv prioriterer kostholdets sammensetning i særlig stor grad.

Fire institusjoner serverte ukentlig en form for udefinert måltid, som kunne bestå av alt fra snacks til brødmat eller middag (se tabell 2). En utfordring med et slikt udefinert måltid er de forventningene som beboerne kan ha til dette måltidet. Har man en gang opplevd at man får servert et middagsmåltid, forventer man kanskje å få servert samme type måltid påfølgende uke også. Således kan dette få en uheldig innvirkning på en beboers daglige næringsinntak dersom han eller hun har belaget seg på å innta et middagsmåltid, men i stedet blir tilbudt snacks.

Det ble registrert at snacks var den type servering som ble tilbudt hyppigst på institusjonene (se tabell 2). Mange oppga at de serverte søt og sukkerholdig mat som kjeks, kaker, vafler, sjokolade og andre søtsaker. Helsedirektoratet (2011) hevder at mange rusmiddelavhengige trenger særlig ernæringsmessig oppmerksomhet. Da er det noe urovekkende at det fra institusjonenes side legges opp til relativ hyppig servering av slike matvarer, når det rusmiddelavhengige først og fremst trenger er næringsrik mat. Imidlertid var det også flere

institusjoner som serverte frukt som en type snacks. Kanskje det bør rettes mer fokus på at servering av frukt eller andre sunne alternativer kan tilbys til fordel for søte og sukkerholdige matvarer. Når det gjaldt dessert ble det tilbudt ved under halvparten av institusjonene, og de fleste serverte det kun én gang per uke. Også her kan det anbefales sunne alternativer som oppkuttet bær, frukt eller fruktsalat.

6.2.1.2 Spesifikke matvarer

Som tidligere nevnt anbefales det i utkastet til *Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2011) at matvaretilbud og kosthold for mennesker med rusmiddelproblemer i utgangspunktet skal følge hovedkosten hverdagskost. Rådene kan dermed tolkes slik at komponering av måltider som serveres i rusomsorgsinstitusjonene bør baseres på hovedkosten hverdagskost. Det påpekes imidlertid at for personer med rusmiddelproblemer som er i ernæringsmessig risiko eller er underernært, skal kosten energitett kost eller eventuelt kosten ekstra energitett kost benyttes. Bruk av hovedkostene er trolig mest relevant i forhold til fullkosttilbudene, men de er også rådgivende i forhold til andre rusomsorgsinstitusjoner med færre måltidsserveringer.

Hverdagskosten baserer seg blant annet på magre matvarer og matvarer med lavt innhold av sukker (Helsedirektoratet, 2011), samme som kostrådene for befolkningen generelt (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Det ble i masterstudien registrert av mange av de matvarene som ble tilbudt ved brødmåltidene var fete og sukkerrike produkter (se blant annet figur 2). Dette gjaldt i særlig stor grad for ost, kjøttpålegg, syltetøy, yoghurt og h-melk. Flere institusjoner serverte både fete og magre pålegg og melketyper, mens mager yoghurt og syltetøy med lavt innhold av sukker ikke ble tilbudt. Selv om det strider mot anbefalingene, er det kanskje ikke så kritikkverdig at institusjonene serverer noen fete produkter som blant annet h-melk og fet ost, da det er stor sannsynlighet for at noen av beboerne og brukerne kunne ha trengt en mer energitett kost bestående av matvarer og matretter med et høyere innhold av fett og proteiner (se vedlegg 3).

Når det gjaldt melk, var lettmelk den typen melk som ble tilbudt ved flest institusjoner, etterfulgt av h-melk. Noen respondenter oppga dessuten at h-melk hovedsakelig var forbeholdt kaffen. Det var imidlertid kun én institusjon som serverte ekstra lett melk. Studien av de rusmiddelavhengige i Oslo viste at mange av deltakerne hadde et lavt inntak og lave nivåer av vitamin D (Sæland et al., 2010; Sæland et al., 2002). Ekstra lett melk er i en

særstilling da den er tilsatt vitamin D. Tilbud av ekstra lett melk kan derfor være fordelaktig i forhold til rusmiddelavhengige.

Da respondentene ble stilt spørsmål om hvilken type brødmalt de serverte på institusjonene, var det noen som oppga at de serverte kneippbrød, loff eller andre varianter av siktet hvetemel. Likevel var det stort sett grovbrød og andre grove varianter som ble oppgitt. En kan imidlertid diskutere hvilke kriterier ulike mennesker legger til grunn når de omtaler et brød som grovt. Grove kornvarer bidrar til et høyt inntak av kostfiber i kosten (Johansson, 2007), og i en undersøkelse av mattilbudet ved Frelsesarméen i Oslo ble det blant annet pekt på at måltidene inneholdt for lite fiber (Sæland, 2000). For å øke innholdet av fiber i måltidene bør det kanskje rettes mer fokus på hvilke typer brød som inneholder mest fiber. Da det kan være vanskelig å bedømme hvor grovt et brød er på bakgrunn av utseende, kan Brødskala'n, mel- og bakeribransjenes merkeordning (Opplysningskontoret for brød og korn, 2012), være til hjelp når institusjonene skal velge brød. I barnehager anbefales ekstra grovt brød eller grovt brød til brødmåltidene (Holthe, 2010), noe som kanskje også burde være et krav i rusomsorgsinstitusjonene.

Når det gjaldt funn fra måltidsintervjuene, viste det seg at fisk ble servert ved nesten samtlige av brødmåltidene (se figur 2). Disse funnene samsvarer ikke med forprosjektet til Morseth (2008) som registrerte at det var for lite fokus på fiskepålegg i flere av Rusmiddeletatens institusjoner. Det kan derfor tyde på at fokus på fiskepålegg har økt i institusjonene. Når det gjaldt middagsserveringer, kan det tyde på at det også var fokus på å servere fisk, da hele 41 prosent oppga at de hadde servert fisk ved forrige middagsmåltid.

Måltidsintervjuene viste at grønnsaker ble servert til de fleste måltider, både til brødmåltider og middagsmåltider. Disse funn samsvarer med forprosjektet til Morseth (2008). Når det gjaldt servering av frukt, viser funn fra måltidsintervjuet at det blant annet ved brødmåltidene var få institusjoner som tilbød dette. Kun noen få institusjoner serverte frukt til dessert etter middagsmåltidet. Morseths (2008) rapport registrerte også et mangelfullt tilbud av frukt, der kun halvparten av institusjonene som ble studert serverte frukt daglig, og der noen institusjoner ikke tilbød dette i det hele tatt. Frukt, bær og grønnsaker er blant de viktigste kildene til vitamin C i kosten (Skålhegg, 2007). Flere studier har vist at rusmiddelavhengige ofte har et noe lavt inntak av vitamin C (Forrester et al., 2000; Sæland et al., 2010; Sæland et al., 2002). Det bør derfor undersøkes om det er mulighet for hyppigere servering av frukt på

rusomsorgsinstitusjonene, for på den måte å kunne bidra til å nå det anbefalte inntaket av minst fem porsjoner a 100 gram frukt og grønnsaker daglig (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Dessuten kan måten frukt servers på trolig påvirke hvor mye man spiser, der oppskåret kan føre til økt inntak (Morseth, 2008). Det kan derfor være hensiktsmessig å servere oppkuttet frukt der hygieniske hensyn muliggjør det, og der det er nok beboere eller brukere til stede slik at frukten ikke må kastes.

Når det gjaldt servering av saft til beboere og brukere på institusjonene, fant masterstudien at over halvparten av institusjonene tilbød dette. Hvor mye saft som ble servert varierte mellom institusjonene. Kostrådene anbefaler vann som tørstedrikk (Helsedirektoratet, 2009; Nasjonalt råd for ernæring, 2011; Statens ernæringsråd, 1995), så kanskje bør hver enkelt institusjon undersøke nærmere hvor mye saft som egentlig serveres på institusjonen, og diskutere hvorvidt det er nødvendig. Det ble i datainnsamlingsprosessen, ved hjelp av observasjon av spisesituasjonen, blant annet oppdaget at det ved en institusjon var tilbud om melk og saft til måltidet, mens verken mugge med drikkevann eller servant med mulighet for å tappe seg vann, var tilgjengelig i spiserommet. Vann må minimum være et alternativ ved måltidene.

Masterstudien fant at 60 prosent av institusjonene tilbød sukker i ren form til ett eller flere måltider og/eller til kaffen. Det er forståelig at man velger å tilby sukker til noen typer mat, for eksempel grøt, eller til te og kaffe. De institusjonene som ikke serverte sukker hadde tatt et bevisst valg om å la være å servere dette. De fleste respondentene fra disse institusjonene fortalte at selv om det hadde vært en del klager fra beboernes eller brukerens side med en gang sukkeret ble fjernet, så hadde det gått seg til etter hvert, og fungerte nå ganske bra. Morseths (2008) rapport registrerte at inntaket av rent sukker og andre sukkerholdige matvarer var høyt blant mange av Rusmiddeletatens beboere og brukere. Studien av de rusmiddelavhengige i Oslo (Sæland et al., 2010; Sæland et al., 2002) viste at mange av deltakerne hadde et særlig høyt inntak av sukker i kosten. De rusmiddelavhengiges preferanse for sukker og sukkerholdig mat og drikke var trolig bakgrunnen for at sukkerholdige leskedrikker var den mat- eller drikkevaren som ble registrert konsumert av flest deltakere i studien. Hele 65 prosent av deltakerne oppga at de hadde drukket sukkerholdig leskedrikk i løpet av det foregående døgn. Andre sukkerholdige matvarer som også ble konsumert av mange av deltakerne var iskrem, kjeks, søtsaker og søte påleggstyper, med henholdsvis 34, 30, 30 og 20 prosent av deltakerne (Sæland et al., 2010). Studien fant også at mange av deltakerne spiste generelt lite mat (Sæland et al., 2002). Anbefalt inntak av sukker ligger på ti

energiprosent (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Det er nærliggende å anta at flere rusmiddelavhengige kan overstige denne grensen hvis inntaket av sukker og sukkerholdige mat- og drikkevarer er høyt (se tabell 1). Således bør kanskje ikke rusomsorgsinstitusjonene være en pådriver for å opprettholde et høyt sukkerinntak blant rusmiddelavhengige.

6.2.1.3 Fullkosttilbudene

Innholdet i måltidene ved fullkostinstitusjonene var generelt bra. Diskusjonen rundt diverse måltider og spesifikke matvarer i de foregående kapitler, 6.2.1.1 og 6.2.1.2, er likevel relevant også for fullkosttilbudene. Som fullkosttilbud bør man kunne forvente at de daglige måltidsserveringene skal kunne dekke en persons daglige næringsstoffbehov, så sant personen inntar riktige mengder og kombinasjoner. En svakhet ved to av fullkostinstitusjonene er at de trolig overskred Helsedirektoratets (2011) anbefalte grense på elleve timer nattfaste (tabell 7). Det bør således settes inn et ekstra hovedmåltid og/eller et mellommåltid daglig, på disse institusjonene.

6.2.2 Diskusjon av forhold som kan ha innvirkning på mattilbudet

I det følgende diskuteres forhold som kan tenkes å ha innvirkning på mattilbudet i Rusmiddeletatens institusjoner.

6.2.2.1 Oppmøte til måltidene

Hvor mange beboere eller brukere som benyttet seg av mattilbudene varierte fra institusjon til institusjon, men også innad i institusjonene var det avhengig av blant annet hvilke typer måltider som ble servert og i forhold til dato for utbetaling av trygd. Selv om det knyttes noe usikkerhet til estimeringen av disse tallene, så var det kategorien ”fullkost” som oppga at de hadde størst oppmøte på sine måltidsserveringer. Dette er ikke overraskende, da de som bor på en fullkostinstitusjon i utgangspunktet skal kunne få dekket alle dagens måltider på institusjonen. Dårligst oppmøte var det innen kategorien ”dagtilbud” og innen Seksjon oppsøkende og MAR Oslo, som i hovedsak gjelder Villa MAR-institusjonene. Dette er heller ikke overraskende funn da det er utlevering av medisiner som er en av Villa MAR-institusjonenes hovedoppgaver.

6.2.2.2 Måltidsfrekvens

Bortsett fra fullkostinstitusjonene viser funn fra masterstudien at det var en relativ lav måltidsfrekvens på mange av institusjonene. Høyest måltidsfrekvens var det naturlig nok på fullkostinstitusjonene, men relativ høy måltidsfrekvens var det også på dagsentrene med tanke på disse institusjonenes åpningstider. Disse funnene samsvarer med tidligere undersøkelser om mattilbudet i kommunale rusomsorgsinstitusjoner, samt hos private aktører som Frelsesarméen (Morseth, 2008; Sæland, 2000). I forprosjektet til Prosjekt ERT var et av funnene i studien at det var en lav måltidsfrekvens i de fleste av Rusmiddeletatens døgninstitusjoner som ble studert, og i rapporten ble det foreslått at mulighetene for hyppigere måltidsservering burde undersøkes nærmere (Morseth, 2008). Funn fra Sælands (2000) undersøkelse av mattilbudet ved Frelsesarméen i Oslo, førte til at det ble foreslått at Frelsesarméen kunne servere et ekstra måltid i løpet av dagen, slik at det ville bli totalt fire måltidsserveringer i løpet av en dag. I befolkningen for øvrig ligger gjennomsnittlig måltidshyppighet på fem og et halvt måltid per dag, der tre til fire av disse er hovedmåltider og de resterende er mellommåltider (Johansson & Solvoll, 1999). Funn fra masterstudien viser derfor at det trolig vil være hensiktsmessig med økt måltidsfrekvens i noen av Rusmiddeletatens institusjoner som i dag har ett til to måltider om dagen eller mindre.

I besøksintervjuet var det blant annet en respondent som uttalte at tilbakemeldinger de fikk fra beboere ofte ytret ønske om hyppigere matservering. En annen respondent fra en rehabiliteringsinstitusjon meddelte at institusjonen på en side ønsket et hyppigere middagstilbud til sine beboere, men på den andre siden var de redd for at hvis de tilbød middag oftere, ville de fjerne den gleden en beboer hadde ved at han selv laget middagsmat daglig. Middagsmåltidet ga beboeren struktur i hverdagen, og institusjonen var redd de ville ødelegge dette ved å innføre hyppigere middagsservering på institusjonen. Noen andre respondenter innen Seksjon rehabilitering oppga at bakgrunnen for at institusjonen ikke tilbød hyppigere måltidsserveringer til brukerne var nettopp fordi å fø seg selv var en sentral del av rehabiliteringen. Således bør en eventuell økning i måltidsfrekvens ses i forhold til den enkelte institusjons mål for sine beboere eller brukere.

6.2.2.3 Tidspunkt for måltidsservering

Frokost var det hovedmåltidet som ble servert hyppigst på institusjonene (se tabell 2). Når det gjaldt de institusjonene som hadde tilbud om frokost, så startet de fleste serveringene mellom

klokken 8:30 og 9:30, og den varte som regel fra en halvtime til halvannen time. På en side er det hensiktsmessig å servere frokost rundt dette tidspunktet da dette kan gi struktur på dagen til rusmiddelavhengige, men på den andre siden er det vist at mange rusmiddelavhengige lever et omskiftelig liv og har en dårlig måltidsstruktur, og inntar flere av sine måltider på kvelds- og nattetid (Sæland et al., 2002). Hvis det i realiteten er mange rusmiddelavhengige som ikke kommer seg opp til tidspunkt for frokostservering på institusjonene, bør det muligens vurderes om frokostserveringen må legges til et noe senere tidspunkt, eller at tidspunkt for servering må utvides noe, slik at flest mulig deltar. Igjen vil dette være en vurdering som må ses i forhold til den enkelte institusjons mål for sine beboere eller brukere.

Noen respondenter oppga at det hendte at en måltidsservering av ulike grunner kunne bli avlyst. Da faste rutiner i hverdagen er noe som rusmiddelavhengige ofte mangler, bør det iallfall fra institusjonenes side jobbes for at de måltidstilbudene som faktisk eksisterer må holdes fast på. Man kan stille spørsmål om det hjelper at en rusmiddelavhengig får tilbud om et måltid på for eksempel lørdager, hvis de ikke vet om de blir servert mat eller ikke.

6.2.2.4 Retningslinjer og rammer rundt mattilbudet

I besøksintervjuet var det kun omlag halvparten av respondentene som kunne vise til nedskrevne retningslinjer med tanke på forhold rundt mattilbudet på institusjonen. Om lag halvparten av institusjonene hadde innkjøpslister. Samtlige av fullkostinstitusjonene hadde innkjøpslister, og dette er heller ikke overraskende da de ukentlig serverer store mengder mat. Det viste seg at på om lag halvparten av institusjonene var det enten ernæringsansvarlig som bestemte hva som skulle kjøpes inn, ellers ble standardiserte innkjøpslister, handlelister eller menyer fulgt. Likevel var det litt under halvparten av respondentene som oppga at det var den som var på jobb som bestemte der og da, hva som skulle kjøpes inn av matvarer. Det varierte også mye mellom institusjonene angående hvor mange ganger de handlet mat per måned. Under halvparten av respondentene oppga at institusjonene hadde meny til minst en type måltidsservering. Som Helsedirektoratet (2011) påpeker, er utforming av menyer er et godt redskap til å sikre variert kost i institusjoner, og derfor burde menyer blitt utformet og inkludert i flere institusjoner.

Tre firedeler av respondentene oppga at institusjonene hadde et matbudsjett, men flere av respondentene, som innehadde tittelen ernæringsansvarlig, kunne ikke svare på hva matbudsjettet på institusjonen deres var. Flere av respondentene oppga dessuten i at de i

utgangspunktet ikke hadde et matbudsjett, og at penger brukt på måltidene ble tatt fra andre budsjett. Da respondentene ble spurt hvilken betydning de mente økonomi hadde for mattilbudet var det mange av respondentene som mente at det, i større eller mindre grad, hadde betydning. Det var også flere respondenter som i løpet av intervjuet oppga at økonomien ikke strakk til i forhold til å ha et tilfredsstillende og ønskelig mattilbud, og en av respondentene kommenterte at de ikke hadde økonomi til å utelukkende kjøpe sunn mat, mens en annen respondent nevnte at de på institusjonen gjerne skulle hatt større matbudsjett slik at de kunne kjøpe renere matvareprodukter, blant annet rent kjøtt og ren fisk. På tre institusjoner måtte beboerne selv betale fra 10 til 30 kroner per måltider. To av respondentene mente dette kunne føre til at færre beboere deltok på måltidet. Selv om måltidene ikke kostet store summer, må det stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig å ta betalt for måltidene når det kan føre til at noen beboere velger å ikke delta på måltidene.

Ti institusjoner tok i mot gratis mat fra frivillige organisasjoner eller lignende, og om lag halvparten av disse mottok mat regelmessig hver uke. De fleste tok i mot matvarer som brød, yoghurt, egg og juice, men også mindre næringsrike matvarer som sjokolade, potetgull og andre søtsaker. Mange av matvarene var nær gått ut på dato. Dette samsvarer med funn fra andre britiske studier som også fant at mye av den maten som ble servert på steder der hjemløse og andre trengende ble tilbudt mat ofte hadde ernæringsmessige svakheter og dessuten kunne være matvarer som hadde gått ut på dato (Balasz, 1993; Evans & Dowler, 1999). Det kan diskuteres hvorvidt det er klokt å ta i mot næringsfattige og usunne matvarer på institusjonene, for å tilby til de rusmiddelavhengige, når det de rusmiddelavhengige først og fremst trenger er næringsrik mat.

Størsteparten av respondentene oppga at de på institusjonene prøvde å ta hensyn til beboere eller brukeres tilbakemeldinger på mattilbudet, både i planlegging av måltider og ved matinnkjøp. I studien av de rusmiddelavhengige i Oslo, viste det seg at felles for de fleste deltakerne var deres preferanse for sukker og sukkerholdig drikke og mat (Sæland, 2000). I hvor stor grad skal man da ta hensyn til deres preferanser? Som Sellevold og Skulberg kommenterer i en rapport om mattilbud på sykehjem: "Noen eldre har i alle år spist loff med sirup. Er det rett å nekte servering av dette? [...] Det er viktig å bevare matlysten gjennom å tilby mat som faller i smak hos den som skal spise." (Sellevold & Skulberg, 2005, s. 9) Dette aspektet er like relevant i forhold til de rusmiddelavhengige. Videre påpekes det at: "Respekt for det enkeltes menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel må alltid ligge til

grunn for ernæringsarbeidet.” (Sellevold & Skulberg, 2005, s. 9). Man bør ta hensyn til rusmiddelavhengiges preferanser, men i hvor stor grad er et diskusjonsspørsmål. Således bør det være et mål å øke de rusmiddelavhengiges kunnskap innen ernæring slik at de selv er i stand til å ta fordelaktige valg i forhold til deres kosthold.

Retningslinjer og rammer med tanke på innkjøp av mat, hyppighet av handling, hvor det skal handles mat, økonomi, menyer, og hvilken type mat som skal serveres er alle viktige faktorer som kan ha innvirkning på mattilbudet. Det viste seg at institusjonene i varierende grad kunne vise til slike retningslinjer og rammer rundt mattilbudet. Kanskje ville en bedre struktur i forhold til disse rammene rundt mattilbudene føre til at det for eksempel blir mer bevissthet i med tanke på innkjøp eller mottak av næringsfattige matvarer som ikke har noen helsegevinst hos de rusmiddelavhengige? Med klare retningslinjer og gode rutiner vil det lettere kunne stilles krav til de ansatte om å ta riktige valg gjennom hele prosessen fra måltidsplanlegging til servering.

6.2.2.5 Ernæringsansvar

Flere av respondentene i masterstudien, som innehadde tittelen ernæringsansvarlig, mente at de selv hadde hovedansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av måltidene på institusjonen, mens andre respondenter ikke mente de hadde hovedansvaret for dette. Hva det innebærer å være ernæringsansvarlig kan trolig variere fra person til person. Kanskje hadde det vært en fordel at de ernæringsansvarlige fikk en klar arbeids- og ansvarsbeskrivelse.

6.2.2.6 Måltidsforberedelser og måltidssituasjonen

Generelt når det gjaldt rammene rundt måltidet, så tydet det på at samtlige respondenter og deres respektive institusjoner var opptatt av at måltidet skulle være en fin opplevelse for deres beboere eller brukere. Respondentene oppga at både ernæring og det sosiale ble vektlagt ved måltidene. Det var i relativt stor grad fokus på at maten skulle være ernæringsmessig god, se delikat ut og smake godt. Dessuten oppga respondentene at måltidene skulle hyggelig opplevelse. De brukte hovedsakelig ”vanlig” dekketøy ved måltidene, noe som gjør omgivelsene mer ”hjemmekoselig”, og det viser at det blir tatt hensyn til de rusmiddelavhengiges verdighet. Ved de fleste institusjonene foregikk måltidene i fellesskap, der de ansatte ofte deltok i måltidene. Generelt var det på alle institusjonene fokus på å skape en hyggelig måltidsatmosfære. Når det gjelder spisesituasjonen i barnehager blir det foreslått

at det burde være et mål at alle ”skal få oppleve måltider som livgivende og positive begivenheter, preget av varme, godhet og en opplevelse av å bli sett og ivaretatt” (Lindboe, 2010, s. 94). Dette burde også være et mål i rusomsorgsinstitusjoner, og det kan tyde på at dette er forhold som allerede blir godt ivaretatt i Rusmiddeletatens institusjoner.

7 Konklusjon

Masterstudien viste at de fleste av enkeltmåltidene som ble tilbudt ved Rusmiddeletatens institusjoner, samt fullkosttilbudene, innholdsmessig ble vurdert til å ha relativ stor variasjon av matvaregrupper eller til å være tilfredsstillende i forhold til kostråd, selv om økt bruk av frukt ville ha gjort mattilbudet mer fullverdig. Når det gjaldt tilbudet av spesifikke matvarer, ble det på flere institusjoner funnet noen svakheter, blant annet for mye bruk av fete, fine og sukkerholdige matvarer, samt rent sukker. Bortsett fra fullkostinstitusjonene, og til en viss grad også dagsentrene, viste det seg at flere av institusjonene hadde en lav måltidsfrekvens. Flere institusjoner manglet også klare rammer og nedskrevne retningslinjer i forhold til mattilbudet.

Institusjonenes beboer- og brukergrupper er noe forskjellige, til og med innenfor en og samme seksjon. Dessuten har institusjonene hver sine hensikter med bo- eller besøksoppholdet og kan således stille ulike krav til beboere eller brukere. Det kan være vanskelig å lage generelle retningslinjer som passer for alle institusjonene. Hver institusjon bør derfor vurderes enkeltvis, slik at man kan sette sammen et fullverdig mattilbud som er tilpasset beboer- og brukergruppens ernæringsmessige behov. Da retten til mat er nedfelt i norsk lov, er det en plikt å realisere retten til fullgod mat for hele befolkningen, og man kan derfor forvente at rusmiddelavhengige blir tilbudt tilfredsstillende mat dersom de trenger det.

Maten gir likevel ikke næring før den er spist. Derfor bør videre forskning som skal kunne bidra til å bedre helse- og ernæringssituasjonen til rusmiddelavhengige, gjennomføre kostholdsundersøkelser, med involvering av de rusmiddelavhengige selv, for å finne ut om maten som blir servert, også blir spist.

8 Forslag til hva som kan forbedres

På bakgrunn av funn fra masterstudien vil det i det følgende presenteres konkrete forslag til hva som kan forbedres når det gjelder mattilbudet i Rusmiddeletatens institusjoner.

- Samtlige institusjoner definerer hva slags type(r) måltid(er) som serveres på institusjonen slik at beboerne eller brukerne vet hva de har å forholde seg til, og får faste måltider til faste tider.
- Flere av institusjonene som i dag serverer ett til to måltider om dagen eller mindre, undersøker behovet for en økt måltidsfrekvens.
- De institusjonene som mener at færre av deres beboere eller brukere deltar på måltidene når institusjonen tar betaling per måltid, må vurdere om det er hensiktsmessig å fjerne denne ”avgiften”.
- De fullkostinstitusjonene som overskred Helsedirektoratets anbefalte grense på elleve timer natthaste tilbyr et ekstra hovedmåltid og/eller et mellommåltid daglig.
- De institusjonene som har svært lavt oppmøte på frokostserveringene, vurderer om frokostserveringen må legges til et noe senere tidspunkt, eller om tidspunkt for servering må utvides noe, slik at flere beboere eller brukere deltar på måltidet.
- De institusjonene som tilbyr snacks serverer fortrinnsvis frukt eller andre sunne alternativer til fordel for søte og sukkerholdige matvarer.
- De institusjonene som tilbyr dessert serverer fortrinnsvis sunne alternativer som for eksempel bær, fruktsalat eller oppkuttet frukt fremfor desserter med høyt sukkerinnhold.
- De institusjonene som serverer havregrøt til frokost, tilbyr for eksempel nøtter og frisk eller tørket frukt som tilbehør, og koker grøten på melk.

- De institusjonene som serverer pose-/pulverbasert suppe, tilsetter kjøtt, fisk eller melkeprodukter i suppen for at den skal få et rikelig proteininnhold, eventuelt serverer brød med proteinrikt pålegg som tilbehør. I tillegg tilsettes det grønnsaker i suppen.
- Institusjonene serverer mer frukt, og gjerne oppkuttet frukt der hygieniske hensyn muliggjør det, og der det er nok beboere eller brukere til stede slik at frukten ikke må kastes.
- Institusjonene tilbyr hovedsakelig grove brødtyper. Brødskala'n kan være til hjelp når institusjonene skal velge brød, og brødtyper med tre eller fire dekkete felt i brødskalaen velges.
- De institusjonene som tilbyr søte og sukkerrike påleggstyper til brødmåltidene vurderer om det kan fjernes, eventuelt begrenses.
- Samtlige institusjoner som serverer melk vurderer om det er fordelaktig å servere ekstra lett melk med tanke på deres beboere og brukere, da den er tilsatt vitamin D.
- Samtlige institusjoner tilbyr vann som et alternativ ved alle måltider.
- Flere institusjoner reduserer tilbudet av sukkerholdig saft.
- Flere institusjoner undersøker muligheten for fjerne tilbudet av sukker i ren form. Et alternativ er å redusere sukkerforbruket ved å tilby sukker- og kanelblanding i stedet for rent sukker.
- Retningslinjer i forhold til rammene rundt mattilbudet utarbeides og tilpasses den enkelte institusjon.
- De institusjonene som tar i mot gratis mat fra frivillige organisasjoner eller lignende får klare regler for hvilke type matvarer som skal tas i mot.
- Samtlige ernæringsansvarlige får en klar(ere) arbeids- og ansvarsbeskrivelse.

Litteraturliste

- Aagaard, H. (2010). *"Ærlig talt": mat og måltider i sykehjem: en undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold* (Oppdragsrapport 2010:1). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Balasz, J. (1993). Health care for single homeless people. I K. Fisher, & J. Collins (Red.), *Homelessness, Health Care and Welfare Provision* (s. 51-93). London: Routledge.
- Bretteville-Jensen, A. L. & Amundsen, E. J. (2006). *Omfang av sprøytemisbruk i Norge* (SIRUS-rapport nr. 5/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods* (3. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Bø, R.-L. (2011). *Prosjektbeskrivelse - Hovedprosjekt ERT (Ernæring, rus og tannhelse)*. Oslo Kommune: Rusmiddeletaten. Oslo.
- Cross, M. & MacDonald, B. (2009). *Nutrition in institutions*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Departementene. (2007). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011): Oppskrift for et sunnere kosthold*. Oslo: Departementene.
- Devine, A., Sobal, J., Bisogni, C. & Connors, M. (1999). Food Choices in Three Ethnic Groups: Interactions of Ideals, Identities, and Roles. *Journal of Nutrition Education*, 31(1), 86-93.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 100-113.
- El-Nakah, A., Frank, O., Louria, D. B., Quinones, M. A. & Baker, H. (1979). A vitamin profile of heroin addiction. *Am J Public Health*, 69(10), 1058-1060.
- Elvbakken, K. T. (1993). *Mat, alderdom og eldreomsorg*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Erlanson-Albertsson, C. (2005). Socker trigger våra belöningssystem. Sött frisätter opiater som sätter fart på sötsuget - insulin kan dämpa det *Läkartidningen*, 102(21), 1620-1627.
- Evans, N. S. & Dowler, E. A. (1999). Food, health and eating among single homeless and marginalized people in London. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12(3), 179-199.
- Fekjær, H. O. (2009). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Fisknes, L. R. (2001). Omsorgens givere og mottakere. I K. W. Ruyter, & A. J. Vetlesen (Red.), *Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis* (s. 246-261). Oslo: Gyldendal akademisk.
- FN. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Hentet 12. januar 2012 fra <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/cescr.pdf>
- FN. (1999). *General Comment No.12. The right to adequate food* Hentet fra <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/3d02758c707031d58025677f003b73b9>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*: LOV 2011-06-24 nr. 29.
- Forrester, J. E., Woods, M. N., Knox, T. A., Spiegelman, D., Skinner, S. C. & Gorbach, S. L. (2000). Body Composition and Dietary Intake in Relation to Drug Abuse in a Cohort of HIV-Positive Persons. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25, 43-48.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* FOR-1997-02-27-358. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Gibson, R. S. (2005). *Principles of nutritional assessment* (2. utg.). New York: Oxford University Press.
- Grønmo, S. (2007). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*: LOV 2011-06-24 nr. 30.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Kosthåndboken: Utkast ekstern høring juni-september 2011. Veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holm, L. (2003). *Mad, mennesker og måltider: samfunnsvidenskabelige perspektiver*. København: Munksgaard.

- Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M. & Mosdøl, A. (2004). Sosiale ulikheter og kosthold. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 11(124), 1526-1528.
- Holthe, A. (2010). Kostholdsmessige utfordringer i barnehagen. I B. U. Wilhelmsen, & A. Holthe (Red.), *Måltider og fysisk aktivitet i barnehagen: barnehagen som arena for folkehelsearbeid* (s. 69-84). Oslo: Universitetsforl.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johansson, L. (2007). Utviklingen i norsk kosthold. I C. A. Drevon, G.-E. A. Bjørneboe, & R. Blomhoff (Red.), *Mat og medisin: nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring* (5. utg., s. 48-72). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johansson, L. & Solvoll, K. (1999). *Norkost 1997: landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i alderen 16-79 år* (Rapport nr. 2/1999). Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.
- Jonsson, U. (1995). Towards an Improved Strategy for Nutrition Surveillance. *Food and Nutrition Bulletin*, 16(2), 102-111.
- Kearney, J. & Geissler, C. (2011). Food and nutrient patterns. I C. Geissler, & H. J. Powers (Red.), *Human nutrition* (12. utg., s. 3-24). London: Elsevier.
- Kittler, P. G. & Sucher, K. P. (2008). *Food and culture* (5. utg.). Belmont: Thomson Wadsworth.
- Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene*: LOV-1982-11-19 nr. 66.
- Kurtze, N. & Eide, A. H. (2003). *Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere* (SINTEF-rapport nr. A6435). Trondheim: Helsetjenesteforskning.
- Lindboe, I. M. (2010). Kropp, tro og moral: Mat og måltider i barnehagens praksis. I B. U. Wilhelmsen, & A. Holthe (Red.), *Måltider og fysisk aktivitet i barnehagen: barnehagen som arena for folkehelsearbeid* (s. 85-94). Oslo: Universitetsforl.
- Margetts, B. M. & Nelson, M. (1997). Overview of the principles of nutritional epidemiology. I B. M. Margetts, & M. Nelson (Red.), *Design concepts in nutritional epidemiology* (2. utg., s. 3-38). Oxford: Oxford University Press.
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett*: LOV-1999-05-21 nr. 30.
- Morseth, M. (2008). *Prosjekt ERT (Ernæring, Rus og Tannhelse)*. Oslo: Oslo Kommune.

- Mæland, J. G. (2009). Forebygging - Vakker tanke eller fornuftig handling? I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg., s. 299-322). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt råd for ernæring. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer: metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L. & Fischer, J. (2012). Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*, 107(3), 635-641.
- Nelson, M. & Bingham, S. A. (1997). Assessment of food consumption and nutrient intake. I B. M. Margetts, & M. Nelson (Red.), *Design concepts in nutritional epidemiology* (2. utg., s. 123-169). Oxford: Oxford University Press.
- Nordic Council of Ministers. (2004). *Nordic Nutrition Recommendations 2004: integrating nutrition and physical activity*. København: Nordic Council of Ministers.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. (2011). *Må forskningsprosjektet mitt meldes?* . Hentet 10. juni 2011 fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeskjema>
- NOU 2003: 4 (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet: en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Opplysningskontoret for brød og korn. (2012). *Brødskalaen*. Hentet 27. april 2012 fra <http://www.brodogkorn.no/kosthold/matmerking/brod/>
- Oslo kommune. (2011a). *Miljøfyrtårnordningen i Oslo kommune*. Hentet 2. april 2012 fra http://www.miljo.oslo.kommune.no/miljopolitikk_og_miljostyring/miljoledelse_gronn_kommune/miljofyrtarn_i_oslo/
- Oslo kommune. (2011b). *Sentral etatsreform - Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (est)* (Byrådssak 1042/11). Oslo: Byrådsledernes kontor, Oslo kommune.
- Oslo kommune. (2011c). *Tiltakskatalogen*. Oslo: Rusmiddeletaten, Oslo kommune.
- Oslo kommune. (2012). *Tjenestetilbudet*. Hentet 4. april 2012 fra <http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/rusomsorg/tjenestetilbudet/>
- Pollestad, M. L., Øverby, N. C. & Frost Andersen, L. (2002). *Kosthold blant 4-åringer: landsomfattende kostholdsundersøkelse UNGKOST-2000*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Quine, S., Kendig, H., Russell, C. & Touchard, D. (2004). Health promotion for socially disadvantaged groups: the case of homeless older men in Australia. *Health Promotion International*, 19(2), 157-165.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rusmiddeletaten. (2009). *Rusmiddeletaten*. Hentet 4. april 2012 fra <http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/rusmiddeletaten%20%28RME%29/Internett%20%28RME%29/Dokumenter/Info-Orig-20-09%20MTI2NzcwMTQ2MTEwOTY1NzY2OD.pdf>
- Ruyter, K. W. & Vetlesen, A. J. (2001). *Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Santolaria-Fernández, F. J., Gómez-Sirvent, J. L., González-Reimers, C. E., Batista-López, J., Jorge-Hernández, J., Rodríguez-Moreno, F., . . . Hernández-García, M. T. (1995). Nutritional assessment of drug addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 38(1), 11-18.
- Schultz, J.-H. (1998). *Stoffbrukere i grunnskolen: om hvem de er og hvordan de kan hjelpes*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Sellekvold, G. S. & Skulberg, V. B. (2005). *Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt* (Undervisningssykehjem Rapport nr. 1/05). Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.
- Shetty, P. (2006). Malnutrition and undernutrition. *Medicine*, 34(12), 524-529.
- Skretting, A. & Storvoll, E. E. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken* (SIRUS-rapport nr. 3/2011). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Skålhegg, B. S. (2007). Vannløselige vitaminer. I C. A. Drevon, G.-E. A. Bjørneboe, & R. Blomhoff (Red.), *Mat og medisin: nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring* (5. utg., s. 185-208). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005a). *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Sosial - og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005b). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialtjenesteloven. (1991). *Lov om sosiale tjenester*: LOV-1991-12-13 nr. 81.

- St.meld. nr. 25 (2005-2006) (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statens ernæringsråd. (1995). *Statens ernæringsråds Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner*. Oslo: Universitetsforl.
- Szpanowska-Wohn, A., Dluzniewska, K., Groszek, B. & Lang-Mlynarska, D. (2000). Nutrition disorders in persons qualified for the methadone treatment. Part II. Food choice and intake in diets of opiate addicts. *Przegl Lek*, 57(10), 544-548.
- Szpanowska-Wohn, A., Kolarzyk, E., Kroch, S. & Janik, A. (2000). Nutritional problems of persons qualified for the methadone treatment. Part I. Nutritional status of opiate addicts. *Przegl Lek*, 57(10), 539-543.
- Sæland, M. (2000). *Mat på livets skyggeside: en undersøkelse av Frelsesarmeens mattilbud*. Stabekk: Høgskolen i Akershus.
- Sæland, M., Haugen, M., Eriksen, F.-L., Smehaugen, A., Wandel, M., Böhmer, T. & Oshaug, A. (2008). Living as a drug addict in Oslo, Norway - a study focusing on nutrition and health. *Public Health Nutrition*, 12(5), 630-636.
- Sæland, M., Haugen, M., Eriksen, F.-L., Wandel, M., Smehaugen, A., Böhmer, T. & Oshaug, A. (2010). High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. *British Journal of Nutrition*, 105(4), 618-624.
- Sæland, M., Smehaugen, A., Eriksen, F.-L., Barikmo, I. & Oshaug, A. (2002). *Mat i kampen for et verdig liv ved rusmiddelavhengighet: ernæringsmessige utfordringer*. Bekkestua: Høgskolen i Akershus.
- Wilczek, H., Vesely, Z. & Presl, J. (2002). Long-term follow-up of the health status of opiate abusers treated with methadone - pilot study. *Cas Lek Cesk*, 141(12), 393-397.
- Zador, D., Wall, P. M. L. & Webster, I. (1996). High sugar intake in a group of women on methadone maintenance in South Western Sydney, Australia. *Addiction*, 91(7), 1053-1061.

Vedlegg

Vedlegg 1: Organisasjonskart over Velferdsetaten

Vedlegg 2: Organisasjonskart over Rusmiddeletaten

Vedlegg 3: Oversikt over hovedkoster

Vedlegg 4: Institusjoner tilknyttet masterstudien, og tilhørende seksjoner

Vedlegg 5: Informasjonsskriv

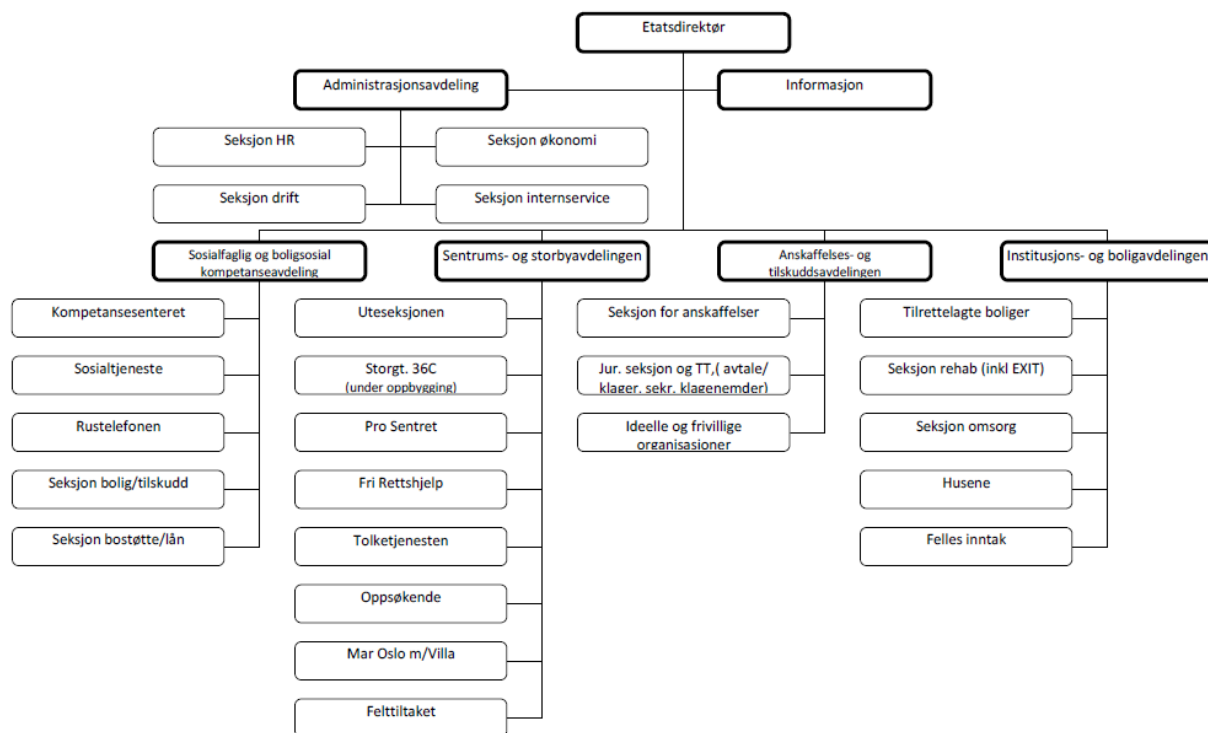
Vedlegg 6: Spørreskjema

Vedlegg 7: Opptellingsskjema for brødmåltider

Vedlegg 8: Prosentueringer ved brødmåltider

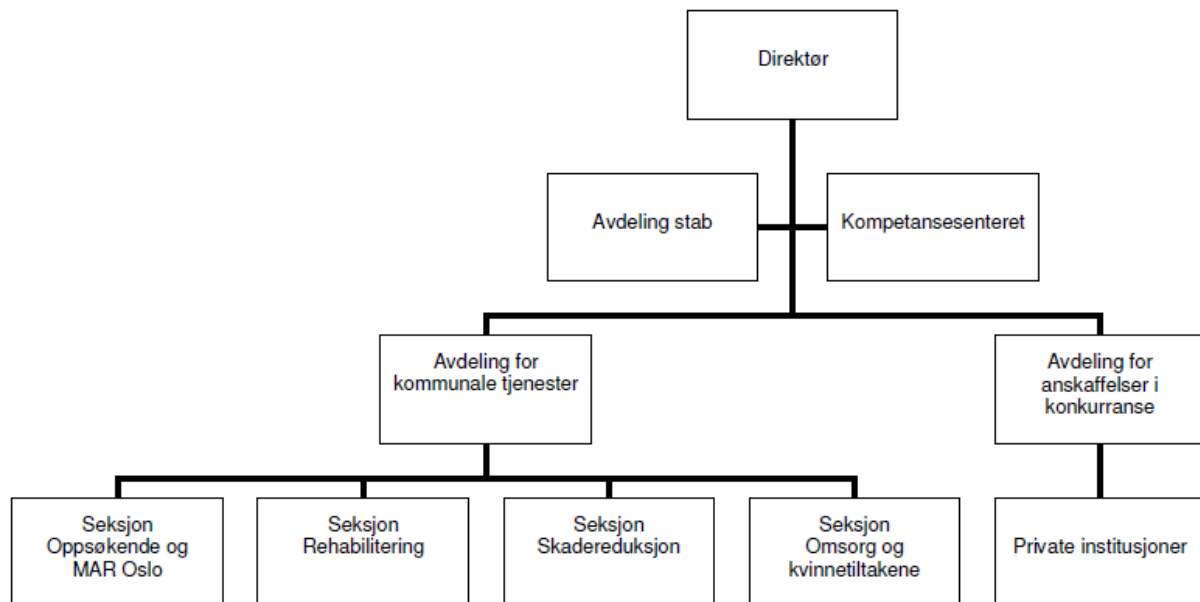
Vedlegg 1

Organisasjonskart over Velferdsetaten, fra og med 1. januar 2012



Vedlegg 2

Organisasjonskart over Rusmiddeletaten, til og med 31.12.2011



Vedlegg 3

Oversikt over hovedkost, energitett kost og ekstra energitett kost, 2011

Hovedkostene hverdagskost, energitett kost og ekstra energitett kost. Hentet fra

Kosthåndboken: Utkast ekstern høring juni-september 2011: Veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2011, s. 84).

Hverdagskost	Energifordeling: Fett: 30% Protein: 10-15% Karbohydrater: 55-60% Antall måltider: 4 hovedmåltider +1 mellommåltid	Egner seg for: - Alle friske og syke med god ernæringsstatus/uten risiko for underernæring. Kan også brukes ved: - diabetes og hjerte- og karsykdommer. - overvekt, med eventuelle energijusteringer.
Energitett kost (mindre volum)	Energifordeling: Fett: 35-40% Protein: 15-20% Karbohydratet: 40-50% Antall måltider: 4 hovedmåltider +2 mellommåltider	Egner seg for: - Personer i ernæringsmessig risiko. - Personer med moderat underernæring. - Personer med nedsatt allmenntilstand.
Ekstra energitett kost (enda mindre volum)	Energifordeling: Fett: 40-50% Protein: 20% Karbohydrater:30-40% Antall måltider: 4 hovedmåltider + 4 mellommåltider	Egner seg for: -Underernærte -Kritisk syke -Personer med svært høyt energibehov kombinert med dårlig matlyst
Hovedkostene tilbys i energinivåene: 7 MJ (1800 kcal), 9 MJ (2150 kcal) og 10.5 MJ (2500 kcal)		

Vedlegg 4

Institusjoner tilknyttet masterstudien, og tilhørende seksjoner, Rusmiddeletaten, 2011

Institusjon	Seksjon
Bygdøy rehabiliteringssenter	Seksjon omsorg- og kvinnetiltakene
Hovin rehabiliterings- og omsorgssenter	
Josefines Hus	
Kvinnetiltaket Bryn	
Sjøstrand omsorgssenter	
Syningom omsorgssenter	
Thereses Hus	
Blindern rehabiliteringssenter	Seksjon rehabilitering
Fredensborg bosenter	
Haugenstua rehabiliteringssenter	
Karlsborg rehabiliteringssenter	
Lassonløkken rehabiliteringssenter	
Liakollen rehabiliteringssenter	
Stensløkka ressurssenter	
Vestli rehabiliteringssenter	
Bjørnerud rehabiliteringssenter	Seksjon skadereduksjon
Café Trappa	
Dalsbergstiens Hus	
Ila hybelhus	
Marcus Thranes Hus	
EXIT	Seksjon oppsøkende og MAR Oslo
Villa MAR Bygdøy allé	
Villa MAR Gamle Oslo	
Villa MAR Grorud	
Villa MAR Sagene	

Vedlegg 5



Oslo, 15. september 2011

Informasjonsskriv

Jeg er masterstudent i Mat, ernæring og helse ved Høgskolen i Oslo og Akershus og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er mattilbudet til rusmiddelavhengige i Oslo. Masterstudien er et samarbeid med Rusmiddeletaten i Oslo, og er en del av Prosjekt ERT (ernæring, rus og tannhelse).

Målet med oppgaven er å kartlegge og vurdere mattilbudet ved institusjoner knyttet til Rusmiddeletaten. For å kunne samle inn informasjon til denne studien er det derfor ønskelig at jeg kan besøke hver enkelt institusjon, intervju de ernæringsansvarlige, og i tillegg delta på minst ett måltid per institusjon.

Intervjuene med de ernæringsansvarlige vil ta for seg spørsmål i forhold til mat- og måltidstilbudet på institusjonen. Jeg vil selv være intervjuer, og hvert intervju vil vare i underkant av en time. Jeg vil også sette av tid til å observere kjøkkenfasiliteter, samt tid til å kunne delta på et måltid. Besøkene vil gjennomføres i oktober og november 2011, og hvert besøk vil vare omlag en halv arbeidsdag. Ernæringsansvarlig og jeg blir sammen enige om dato og tidspunkt for møtet.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 95 83 24 99, eller sende en e-post til s270657@stud.hioa.no. Eventuelt kan du kontakte min veileder Ingrid Barikmo ved Høgskolen i Oslo og Akershus på telefonnummer 64 84 91 82 eller e-post ingrid.barikmo@hiak.no.

Med vennlig hilsen

Ingvild S. Nøding

Ingvild Steen Nøding

Vedlegg 6

Spørreskjema

DEL 1

Bakgrunnsinformasjon

1. Dato.......
2. Dag.....
1=mandag, 2=tirsdag, 3=onsdag, 4=torsdag, 5=fredag, 6=lørdag, 7=søndag
3. Intervjuets varighet time min.
Noter startid og sluttida) start . b) stopp .
4. Funksjonen til den som blir intervjuet
1=ernæringsansvarlig, 2=kjøkkenpersonell, 3=annen ansatt, 4=både ernæringsansvarlig og kjøkkenpersonell, 5=annet
5. Kjønn til den/ de som blir intervjuet
1=kvinne, 2=mann, 3=både kvinne og mann intervjuet
6. Institusjon.....
1=Bygdøy rehabiliteringssenter, 2=Hovin rehab.- og omsorgssenter, 3=Sjøstrand omsorgssenter, 4=Syningom omsorgssenter, 5=Kvinnetiltaket Bryn, 6=Josefines Hus, 7=Thereses Hus, 8=Blindern rehabiliteringssenter, 9=Liakollen rehabiliteringssenter, 10=Karlsborg rehabiliteringssenter, 11=Haugenstua rehabiliteringssenter, 12=Lassonløkken rehabiliteringssenter, 13=Gjennomgangsleiligheter med booppfølging, 14=Stensløkka ressurssenter, 15=Vestli rehabiliteringssenter, 16=Fredensborg bosenter, 17=Ila hybelhus, 18=Marcus Thranes Hus, 19=Dalsbergstiens Hus, 20=Bjørnerud rehabiliteringssenter, 21=EXIT, 22=Villa MAR Bygdøy allé, 23=Villa MAR Sagene, 24=Villa MAR Gml Oslo, 25=Villa MAR Grorud, 26=Café Trappa
7. Antall beboere det er plass til på institusjonen
- 7.1. Antall beboere på institusjonen per dags dato
- 7.2. Ingen beboere, kun matservering - kapasitet til.....

DEL 2

Generelt om måltidstilbudet

8. Måltidstilbudet på institusjonen

8.1. Hvilke typer måltider tilbys på din institusjon? (Sett kryss for ett eller flere alternativer)

- 8.1.1. Frokost ☐
8.1.2. Lunsj..... ☐
8.1.3. Middag ☐
8.1.4. Dessert..... ☐
8.1.5. Kveldsmat ☐
8.1.6. Mellommåltid (som snacks, frukt, yoghurt el.l.)..... ☐

8.2. Hvilke dager serveres? (Sett kryss for ett eller flere alternativer)

- 8.2.1. Frokost ☐☐
☐ mandag ☐ tirsdag ☐ onsdag ☐ torsdag
☐ fredag ☐ lørdag ☐ søndag ☐ Sjelden/ helligdag/ høytid
- 8.2.2. Lunsj..... ☐☐
☐ mandag ☐ tirsdag ☐ onsdag ☐ torsdag
☐ fredag ☐ lørdag ☐ søndag ☐ Sjelden/ helligdag/ høytid
- 8.2.3. Middag ☐☐
☐ mandag ☐ tirsdag ☐ onsdag ☐ torsdag
☐ fredag ☐ lørdag ☐ søndag ☐ Sjelden/ helligdag/ høytid
- 8.2.4. Dessert..... ☐☐
☐ mandag ☐ tirsdag ☐ onsdag ☐ torsdag
☐ fredag ☐ lørdag ☐ søndag ☐ Sjelden/ helligdag/ høytid
- 8.2.5. Kveldsmat..... ☐☐
☐ mandag ☐ tirsdag ☐ onsdag ☐ torsdag
☐ fredag ☐ lørdag ☐ søndag ☐ Sjelden/ helligdag/ høytid
- 8.2.6. Mellommåltid (snacks, frukt, yoghurt el.l.)..... ☐☐
☐ mandag ☐ tirsdag ☐ onsdag ☐ torsdag
☐ fredag ☐ lørdag ☐ søndag ☐ Sjelden/ helligdag/ høytid

8.3. Tidspunkt for måltidservering

- 8.3.1. Frokost fra kl . til kl .
- 8.3.2. Lunsj..... fra kl . til kl .
- 8.3.3. Middag (og eventuelt dessert)..... fra kl . til kl .
- 8.3.4. Kveldsmat fra kl . til kl .
- 8.3.5. Mellommåltid (*snacks, frukt, yoghurt el.l.*)..... fra kl . til kl .
- Hvis flere mellommåltider..... fra kl . til kl .

8.3.6. Hvis samme type måltid serveres til ulike tider i løpet av uken, spesifiser her;

.....

.....

.....

8.3.7. Hvis det blir servert mellommåltider, spesifiser hva;

.....

.....

.....

9. Omtrent hvor mange av beboerne/ brukerne benytter seg av måltidstilbudet(/ne) daglig (nå for tiden)?

9.1. Antall

9.2. Prosent

10. Finnes det nedskrevne retningslinjer i forhold til måltidstilbudet på din institusjon?

→ retningslinjer i forhold til innkjøp av mat, måltidsforberedelser (menyer, oppskrifter, hvilken type mat som skal serveres, hvor mye, hyppighet, sammensetning etc.), og om selve serveringen av mat.....

0=nei, 1=ja

10.1. Hvis ja, beskriv eller gi kopi.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Har dere fast meny dere følger? ☐☐

0=nei, 1=ja, alltid, 2=ja, stort sett, 3=ja, av og til

Hvis ja (få kopi);

11.1. Blir menyen fulgt? ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=ja, av og til

11.2. Fungerer menyen greit? ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=ja, av og til

12. Har dere matbudsjett (per dag/ måltid/ måned/ år)? ☐☐

0=nei, 1=ja

(Stryk de alternativene som ikke passer)

Hvis ja (svar enten på spørsmål 12.1. eller 12.2.);

12.1. Hvor mye totalt? ☐☐☐☐☐☐☐☐kr.

12.2. Hvor mye per beboer/ bruker? ☐☐☐☐☐☐kr.

13. Betaler beboerne/ brukerne noe for maten selv? ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=ja, av og til

Hvis ja;

13.1. Tror du dette har noe å si for om de deltar på måltidene eller ikke? ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=både og

13.2. Hvor mye må hver bruker betale per måltid/ per dag/ per uke/ per måned? (Stryk de alternativene som ikke passer) ☐☐☐☐☐ kr

13.3. Hva er grunnen til at de selv må betale?

.....
.....

14. Får dere gratis mat (fra personer, bedrifter, frivillige organisasjoner e.l.)? ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=ja, av og til

Hvis ja;

14.1. Hva slags mat?

.....
.....

14.2. Hvor ofte?

.....
.....

DEL 3

Forhold rundt matinnkjøp

15. Hvem bestemmer hva som kjøpes inn? ☐☐

1=innkjøpsliste/ handleliste/ menyer/ernæringsansvarlig eller andre faste ansatte, 2=den som er på jobb når det skal handles, 3=beboere, 4=tilfeldig, 5=annet

16. Har dere innkjøpsliste(r) ☐☐

0=nei, 1=ja

16.1. Hvis ja, følger dere vanligvis innkjøpslisten(e) ☐☐

0=nei, 1=ja, alltid, 2=ja, stort sett, 3=ja, av og til

17. Hvor handles matvarene inn? ☐☐

1=bestilling fra leverandør(er), 2=dagligvareforretning, 3=hovedsakelig bestilling fra leverandør(er), men noe fra dagligvareforretning, 4=hovedsakelig fra dagligvareforretning, men noe fra leverandør(er), 5=like mye fra begge deler, 4=annet

18. Hvor ofte handles det mat per måned? ☐☐

(Angi antall ganger per måned)

19. Hva handles inn, i hvilken mengde, og hvor ofte? (Kryss av hvis ja)

(Hvis god nok innkjøpsliste, ikke spør, men få innkjøpslisten, og spør hvor ofte handles inn mat per måned eller uke)

19.1.Brød / knekkebrød

Kryss av

Kvanta
(g., kg., dl., l., stk.)

Hvor ofte
(pr. dag/ uke/ mnd.)

(Kvanta; angi mengde og riktig mengdemål, for eksempel g., kg., dl., l. stk, antall, el.l.

Hvor ofte; angi antall ganger det handles, for eksempel per dag/ uke/ mnd/ år)

- | | | | |
|---------|------------------|--------------------------|-------|
| 19.1.1. | Grovbrød | <input type="checkbox"/> | |
| 19.1.2. | Kneippbrød | <input type="checkbox"/> | |
| 19.1.3. | Loff | <input type="checkbox"/> | |
| 19.1.4. | Annet brød | <input type="checkbox"/> | |
| 19.1.5. | Grove knekkebrød | <input type="checkbox"/> | |
| 19.1.6. | Fine knekkebrød | <input type="checkbox"/> | |
| 19.1.7. | Rugsprø el.l | <input type="checkbox"/> | |
| 19.1.8. | Annet knekkebrød | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser brødtype/ type knekkebrød (hjemmelaget eller kjøpt?)

19.2. Pålegg

Kryss av

Kvanta

Hvor ofte

- | | | | |
|----------|-----------------|--------------------------|-------|
| 19.2.1. | Hvitost | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.2. | Brunost | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.3. | Smøreost | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.4. | Påleggssalat | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.5. | Prim | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.6. | Leverpostei | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.7. | Salami | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.8. | Skinke | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.9. | Sjokoladepålegg | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.10. | Syltetøy | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.11. | Fiskepålegg | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.12. | Annet | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.13. | Egg | <input type="checkbox"/> | |
| 19.2.14. | Bacon | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser type pålegg (magre el fete?).....

19.3.Smør/ margarin/ olje		Kryss av	Kvanta	Hvor ofte
19.3.1.	Meierismør	<input type="checkbox"/>
19.3.2.	Hard margarin	<input type="checkbox"/>
19.3.3.	Myk margarin	<input type="checkbox"/>
19.3.4.	Olje	<input type="checkbox"/>
19.3.5.	Annet	<input type="checkbox"/>

Spesifiser type smør/ margarin/ olje om nødvendig

.....

19.4. Frokostblandinger		Kryss av	Kvanta	Hvor ofte
19.4.1.	Cornflakes	<input type="checkbox"/>
19.4.2.	Grove/ fiberrike ”flakes”	<input type="checkbox"/>
19.4.3.	Sjokolade/ søte ”flakes”	<input type="checkbox"/>
19.4.4.	Müsli/ Frokostblanding	<input type="checkbox"/>
19.4.5.	Havregryn	<input type="checkbox"/>
19.4.6.	Annet	<input type="checkbox"/>

Spesifiser type frokostblanding om nødvendig

.....

19.5. Drikke		Kryss av	Kvanta	Hvor ofte
19.5.1.	H-melk	<input type="checkbox"/>
19.5.2.	Lettmelk	<input type="checkbox"/>
19.5.3.	Ekstra lett melk	<input type="checkbox"/>
19.5.4.	Skummet melk	<input type="checkbox"/>
19.5.5.	Sjokolademelk	<input type="checkbox"/>
19.5.6.	Surmelk, biola, drikkeyogh.	<input type="checkbox"/>
19.5.7.	Juice	<input type="checkbox"/>
19.5.8.	Saft (sukkerholdig)	<input type="checkbox"/>
19.5.9.	Saft (light)	<input type="checkbox"/>
19.5.10.	Brus (sukkerholdig)	<input type="checkbox"/>
19.5.11.	Brus (light)	<input type="checkbox"/>
19.5.12.	Kullsyrevann	<input type="checkbox"/>
19.5.13.	Mineralvann	<input type="checkbox"/>
19.5.14.	Kaffe	<input type="checkbox"/>
19.5.15.	Te	<input type="checkbox"/>
19.5.16.	Annet	<input type="checkbox"/>

Spesifiser om nødvendig.....

.....

19.6. Frukt

Kryss av

Kvanta

Hvor ofte

- | | | | |
|----------|-------------------------|--------------------------|-------|
| 19.6.1. | Ananas | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.2. | Appelsiner | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.3. | Bananer | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.4. | Druer | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.5. | Epler | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.6. | Fersken/ nektarin | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.7. | Kiwi | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.8. | Mandariner/ klementiner | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.9. | Mango | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.10. | Melon | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.11. | Plommer | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.12. | Pærer | <input type="checkbox"/> | |
| 19.6.13. | Annet | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser om nødvendig.....
.....

19.7. Grønnsaker

Kryss av

Kvanta

Hvor ofte

- | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 19.7.1. | Agurk | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.2. | Asparges | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.3. | Avokado | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.4. | Blomkål | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.5. | Brokkoli | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.6. | Bønner | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.7. | Erter, sukkererter el.l. | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.8. | Gulrøtter | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.9. | Hvitløk | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.10. | Kål, kålrot el.l. | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.11. | Løk, purreløk el.l. | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.12. | Mais | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.13. | Paprika | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.14. | Poteter | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.15. | Salat | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.16. | Sellerirot, stangselleri | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.17. | Sitron/ lime | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.18. | Sopp | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.19. | Squash | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.20. | Tomater | <input type="checkbox"/> | |
| 19.7.21. | Annet | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser om nødvendig.....
.....

19.8. Bær

Kryss av

Kvanta

Hvor ofte

- | | | | |
|---------|-----------|--------------------------|-------|
| 19.8.1. | Bjørnebær | <input type="checkbox"/> | |
| 19.8.2. | Blåbær | <input type="checkbox"/> | |
| 19.8.3. | Bringebær | <input type="checkbox"/> | |
| 19.8.4. | Jordbær | <input type="checkbox"/> | |
| 19.8.5. | Rips | <input type="checkbox"/> | |
| 19.8.6. | Annet | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser om nødvendig.....
.....

19.9. Middagsmat

Kryss av

Kvanta

Hvor ofte

- | | | | |
|----------|----------------------------|--------------------------|-------|
| 19.9.1. | Ren fisk | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.2. | Bearbeidede fiskeprodukter | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.3. | Rent kjøtt | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.4. | Bearbeidede kjøttprodukter | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.5. | Potetprodukter | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.6. | Ris | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.7. | Pasta | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.8. | Saus (pose/ pakke) | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.9. | Suppe | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.10. | Grøt | <input type="checkbox"/> | |
| 19.9.11. | Annet | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser (type fisk og kjøtt; mager eller fet, type karbohydratkilde; fin eller fullkorn, type saus og suppe; hjemmelaget eller halv/ hel-fabrikata, type grøt)
.....
.....

19.10. Dessert

Kryss av

Kvanta

Hvor ofte

- | | | | |
|----------|---------|--------------------------|-------|
| 19.10.1. | Dessert | <input type="checkbox"/> | |
|----------|---------|--------------------------|-------|

Spesifiser type dessert om nødvendig.....
.....

19.11. Kaker/ boller/vafler e.l. Kryss av Kvanta Hvor ofte

- | | | | |
|----------|--------|--------------------------|-------|
| 19.11.1. | Kaker | <input type="checkbox"/> | |
| 19.11.2. | Boller | <input type="checkbox"/> | |
| 19.11.3. | Vafler | <input type="checkbox"/> | |
| 19.11.4. | Annet | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser om nødvendig.....

19.12. Snacks Kryss av Kvanta Hvor ofte

- | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 19.12.1. | Kjeks, salte | <input type="checkbox"/> | |
| 19.12.2. | Kjeks, søte | <input type="checkbox"/> | |
| 19.12.3. | Nøtter, saltet | <input type="checkbox"/> | |
| 19.12.4. | Nøtter, usaltet | <input type="checkbox"/> | |
| 19.12.5. | Chips e.l. | <input type="checkbox"/> | |
| 19.12.6. | Sjokolade, annet godteri | <input type="checkbox"/> | |
| 19.12.7. | Tørket frukt/ bær | <input type="checkbox"/> | |
| 19.12.8. | Annet | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser type om nødvendig.....

19.13. Diverse annen mat Kryss av Kvanta Hvor ofte

- | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 19.13.1. | Yoghurt | <input type="checkbox"/> | |
| 19.13.2. | Rømme (e.l. meieriprod.) | <input type="checkbox"/> | |
| 19.13.3. | Mel | <input type="checkbox"/> | |
| 19.13.4. | Farin | <input type="checkbox"/> | |
| 19.13.5. | Honning | <input type="checkbox"/> | |
| 19.13.6. | Andre søtningsmidler | <input type="checkbox"/> | |
| 19.13.7. | Annet | <input type="checkbox"/> | |

Spesifiser om nødvendig.....

DEL 4

**Enkeltmåltidene og matvarene de består av,
eventuelt også fullkosttilbudet og matvarene de består av**

Start måltidsintervju nå!

Noter på eget ark!

DEL 5

Måltidsforberedelser og måltidssituasjonen

Forhold rundt matservering

20. Hvordan servers mat/ pålegg ved brødmåltidene?

20.1. Hard ost..... ☐ ☐

0=servers ikke, 1=opprinnelig emballasje, 2=serveringsfat, 3=porsjonspakker, 4=ferdig påsmurt, 5=flere av alternativene, 6=annet

20.2. Smøreost. ☐ ☐

0=servers ikke, 1=opprinnelig emballasje, 2=serveringsfat, 3=porsjonspakker, 4=ferdig påsmurt, 5=flere av alternativene, 6=annet

20.3. Kjøtt..... ☐ ☐

0=servers ikke, 1=opprinnelig emballasje, 2=serveringsfat, 3=porsjonspakker, 4=ferdig påsmurt, 5=flere av alternativene, 6=annet

20.4. Fisk. ☐ ☐

0=servers ikke, 1=opprinnelig emballasje, 2=serveringsfat, 3=porsjonspakker, 4=ferdig påsmurt, 5=flere av alternativene, 6=annet

20.5. Syltetøy..... ☐ ☐

0=servers ikke, 1=opprinnelig emballasje, 2=skåler, 3=porsjonspakker, 4=ferdig påsmurt, 5=flere av alternativene, 6=annet

20.6. Søte pålegg (sjokoladepålegg, nøttepålegg el.l.)..... ☐ ☐

0=servers ikke, 1=opprinnelig emballasje, 2=porsjonspakker, 3=ferdig påsmurt, 4=flere av alternativene, 5=annet

20.7. Varmeretter til brødmåltidene (omelett, karbonader, grøt el.l.)..... ☐ ☐

0=servers ikke, 1=i gryte/panne, 2=i bolle/på fat, 3=ferdig påsmurt/ferdige porsjoner, 4=flere av alternativene, 5=annet

20.8. Hvorfor har dere valgt å gjøre det slik? (Utdyp om nødvendig)

.....
.....

21. Hvordan servers mat ved middagsmåltidene? ☐ ☐

0=servers ikke, 1=serveringsfat på bord, 2=gryter på bord, 3=serveringsfat på benk/kjøkken el.l.,
4=gryter på benk/kjøkken eller lignende, 5=ferdig mat på tallerken, 6=flere av alternativene, 7=annet

21.1. Hvorfor har dere valgt å gjøre det slik? (Utdyp om nødvendig)

.....
.....

22. Hvordan servers grønnsaker, frukt og bær?

22.1. Grønnsaker ved brødmåltidene ☐ ☐

22.2. Grønnsaker utenom hovedmåltidene ☐ ☐

0=servers ikke, 1=hele, 2=oppkuttet, 3=både hele og oppkuttet, 4=annet

22.3. Frukt ved brødmåltidene ☐ ☐

22.4. Frukt utenom hovedmåltidene ☐ ☐

0=servers ikke, 1=hele, 2=oppkuttet, 3=både hele og oppkuttet, 4=annet

22.5. Bær ved brødmåltidene ☐ ☐

22.6. Bær utenom hovedmåltidene ☐ ☐

0=servers ikke, 1=hele, 2=oppkuttet, 3=både hele og oppkuttet, 4=dessert, 5=smoothie, 6=syltetøy, 7=annet

22.7. Hvorfor har dere valgt å gjøre det slik? (Utdyp om nødvendig)

.....
.....

23. Hvilke typer servise, glass og bestikk brukes ved måltidene?

23.1. Tallerken, fat eller lignende ved brødmåltidene ☐ ☐

23.2. Tallerken, fat eller lignende ved middagsmåltidene ☐ ☐

1=porselen eller lignende, 2=engangsservise, 3=plastikkservise, 4=flere av alternativene, 5=annet

23.3. Glass, kopper, mugger eller lignende ved brødmåltidene ☐ ☐

23.4. Glass, kopper, mugger eller lignende ved middagsmåltidene ☐ ☐

1=glass/porselen, 2=engangsglass/-kopper, 3=plastikkglass/-kopper, 4=flere av alternativene, 5=annet

23.5. Bestikk eller lignende ved brødmåltidene ☐ ☐

23.6. Bestikk eller lignende ved middagsmåltidene ☐ ☐

1=vanlig bestikk, 2=engangsbestikk/plastbestikk, 3=begge deler, 4=annet

23.7. Hvorfor har dere valgt å gjøre det slik? (Utdyp om nødvendig)

.....
.....

Institusjonens formål med måltidssituasjonen

24. Kan brukerne/ beboerne selv velge hvor de vil spise maten ved brødmåltidene? ☐ ☐

0=nei, 1=ja, 2=både og

24.1. Hvis nei, hvilke alternativer har de?

.....
.....

24.2. Hvis ja, hvilke alternativer har de?

.....
.....

24.3. Hvorfor har dere valgt å gjøre det slik? (*Utdyp om nødvendig*)

.....
.....

25. Kan brukerne/ beboerne selv velge hvor de vil spise maten ved middagsmåltidene? ☐ ☐

0=nei, 1=ja, 2=både og, 3=det samme gjelder for brødmåltidene og middagsmåltidene

25.1. Hvis nei, hvilke alternativer har de?

.....
.....

25.2. Hvis ja, hvilke alternativer har de?

.....
.....

25.3. Hvorfor har dere valgt å gjøre det slik? (*Utdyp om nødvendig*)

.....
.....

26. Spiser brukerne/ beboerne alene eller sammen med andre brukere ved brødmåltidene? ☐ ☐

1=alene, 2=sammen, 3=både og, 4=valgfritt, 5=annet

26.1. Hvorfor har dere valgt å gjøre det slik? (*Utdyp om nødvendig*)

.....
.....

27. Spiser brukerne/ beboerne alene eller sammen med andre brukere ved middagsmåltidene? ☐ ☐

1=alene, 2=sammen, 3=både og, 4=valgfritt, 5=annet, 6=det samme gjelder for brødmåltidene og middagsmåltidene

27.1. Hvorfor har dere valgt å gjøre det slik? (*Utdyp om nødvendig*)

.....
.....

28. Hvilken rolle har ansatte i måltidene? ☐☐

*1=ansatte spiser stort sett sammen med brukerne, 2=ansatte spiser av og til sammen med brukere,
3=ansatte er til stede, men spiser ikke, 4=ansatte er ikke til stede, 5=annet*

28.1. Utdyp svaret

(Om måltidene brukes terapeutisk, at ansatte er rollemodeller, eller at ansatte styrer samtalen som for eksempel at brukere ofte ikke har lov til å snakke om rus i måltider, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

28.2. Hvis det er ansatte tilstedet ved måltidene, hvor mange?..... ☐☐

28.3. Er det forskjell mellom middagsmåltider og brødmåltider? ☐☐

0=nei, 1=ja,

Hvis ja, spesifiser;

.....
.....

29. Hva vektlegges ved måltidene? *(Hva er mest ønskelig – at beboerne/ brukerne får i seg nok næring eller at de lærer mest mulig om rammene rundt måltidet både fysisk og sosialt?)*..... ☐☐

(Sett kryss for ett eller flere alternativer)

- ☐ ernæring
☐ det sosiale (trivsel/ bordskikk/ kommunikasjon el.l.)
☐ fysiske rammer (innredning/ miljøet rundt måltidene el.l.)
☐ annet (spesifiser).....

30. Syns du det er viktig å ha fokus på å skape en hyggelig måltidsatmosfære på denne institusjonen?..... ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=verken eller

30.1. Hvis ja, hvordan? ☐☐

.....
.....
.....

Mattilberedning og måltidsforberedelser

31. Hvem deltar vanligvis i matlagingen? ☐☐

1=ansatt kokk, 2=andre ansatte, 3=beboere/brukere, 4=stort sett ansatte, men beboere/brukere har mulighet til å delta om de ønsker det, 5=både ansatte og beboere/brukere, 6=annet

32. Syns du at din institusjon har gode nok kjøkkenfasiliteter til å tilberede mat til alle deres beboere/ brukere? ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=verken eller

32.1. Hvis nei, hva kunne vært annerledes? ☐☐

.....
.....

33. Får dere tilbakemeldinger fra brukerne/ beboerne om mattilbudet på institusjonen din? ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=ja, av og til

33.1. Hvis ja, hva? Gi eksempler. ☐☐

.....
.....
.....

33.2. Tar dere hensyn til dette ved matinnkjøp/ planlegging av måltidene? ☐☐

0=nei, 1=ja, 2=ja, av og til

34. På denne skalaen, hvor viktig syns du det er at maten som blir servert smaker godt? ☐☐

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veldig uviktig	Ganske uviktig	Nokså/ litt uviktig	Verken eller	Nokså/ litt viktig	Ganske viktig	Veldig viktig

35. På denne skalaen, hvor viktig syns du det er at maten som blir servert ser delikat ut? ☐☐

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veldig uviktig	Ganske uviktig	Nokså/ litt uviktig	Verken eller	Nokså/ litt viktig	Ganske viktig	Veldig viktig

36. På denne skalaen, hvor viktig syns du det er at maten som blir servert er ernæringsmessig god?

☐ ☐

○	○	○	○	○	○	○
Veldig uviktig	Ganske uviktig	Nokså/ litt uviktig	Verken eller	Nokså/ litt viktig	Ganske viktig	Veldig viktig

37. Hvem mener du har hovedansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av maten som tilbys ved måltidene på din institusjon?

.....

.....

38. Har du fått noen form for opplæring i ernæring på arbeidsplassen?..... ☐ ☐

0=nei, 1=ja

38.1. Hvis ja, hva?

.....

.....

.....

38.2. Har du noen ønsker om hva et eventuelt kurs i ernæring eller lignende kan inneholde?..... ☐ ☐

0=nei, 1=ja

38.2.1. Hvis ja, hva?

.....

.....

.....

39. Hva er din subjektive vurdering av mattilbudet på din institusjon? (Bra og dårlig)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Faktorer som kan ha innvirkning på mattilbudet

40. På denne skalaen, hvilken betydning mener du økonomien har for mattilbudet?

☐☐

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veldig liten betydning	Ganske liten betydning	Nokså/ litt liten betydning	Verken eller	Nokså /litt stor betydning	Ganske stor betydning	Veldig stor betydning

41. På denne skalaen, hvilken betydning mener du hygieniske hensyn har for mattilbudet?

☐☐

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veldig liten betydning	Ganske liten betydning	Nokså/ litt liten betydning	Verken eller	Nokså /litt stor betydning	Ganske stor betydning	Veldig stor betydning

42. På denne skalaen, hvilken betydning mener du oppbevaringsmulighetene har for mattilbudet?

☐☐

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veldig liten betydning	Ganske liten betydning	Nokså/ litt liten betydning	Verken eller	Nokså /litt stor betydning	Ganske stor betydning	Veldig stor betydning

43. På denne skalaen, hvilken betydning mener du brukernes/ beboernes preferanser har for mattilbudet?

☐☐

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veldig liten betydning	Ganske liten betydning	Nokså/ litt liten betydning	Verken eller	Nokså /litt stor betydning	Ganske stor betydning	Veldig stor betydning

44. På denne skalaen, hvilken betydning mener du interesse for mat og ernæring hos ansatte har for mattilbudet?

☐ ☐

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veldig liten betydning	Ganske liten betydning	Nokså/ litt liten betydning	Verken eller	Nokså /litt stor betydning	Ganske stor betydning	Veldig stor betydning

45. På denne skalaen, hvilken betydning mener du tannstatus hos beboerne/ brukerne har for mattilbudet?

☐ ☐

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veldig liten betydning	Ganske liten betydning	Nokså/ litt liten betydning	Verken eller	Nokså /litt stor betydning	Ganske stor betydning	Veldig stor betydning

46. Er det noen andre faktorer du mener har innvirkning på mattilbudet på din institusjon?

☐ ☐

.....

.....

.....

.....

.....

Vedlegg 7

Opptellingsskjema for brødmåltider

Type mat	Variasjon	Grove/ magre/ lette	Fine/ fete/ sukrete
	Score 1-17	Score 0-8	Score 0-9
Brød/knekkebrød	*)	*) Grov	*) Kneipp/loff
Kornblandinger/grøt	*)	*) "Sunn"	*) Fet/sukret
Margarin/smør	*)	*) Myk	*) Hard/smør
Ost	*)	*) Halvfet/mager	*) Fet
Fisk	*)		
Kjøtt	*)	*) Magert	*) Fetere
Syltetøy	*)	*) Lettere	*) Sukkerrikt
Leverpostei	*)	---	---
Egg	*)		
Frukt	*)		
Grønnsaker	*)		
Melk	*)	*) Lett - skummet	*) H-melk
Yoghurt	*)	*) Lettere/mager	*) Sukrete
Juice	*)		
Kaffe/te	*)		
Majones og/eller påleggssalat	*)		
Suppe, bønner e.l.(mat som ikke tilhører noen av de overfornevnte matvaregruppene)	*)		
Søtt pålegg			*) Annet søtt pålegg

Vedlegg 8

Prosentueringer ved brødmåltider

Spesifikke matvarer	Antall	Andel i prosent						
		Totalt	N=33 (alle)	N=27 (inkl. brød & pålegg)	N=29 (ekskl. grøt & frokostbl.)	N=31 (ekskl. suppe)	N=32 (ekskl. frokostbl.)	N=28 (ekskl. grøt & suppe)
Halvfet/mager ost	21	78		78				
Fet ost	27	100		100				
Kjøtt, mager	25	93		93				
Kjøtt, fetere	24	89		89				
Fisk	26	96		96				
Syltetøy, sukkerrik	26	84				84		
Leverpostei	22	81		81				
Egg	17	63		63				
Myk margarin	27	84					84	
Smør/ hard margarin	8	25					25	
Yoghurt, sukrete	4	12	12					
Majones/ majonesprod.	20	74		74				
Lettmelk, ekstra lett melk	30	91	91					
H-melk	18	55	55					
Juice	26	79	79					
Grønnsaker	27	82	82					
Frukt	8	24	24					
Sukker- og kanelbland.	2	6	6					
Sukker, rent	20	61	61					
Kaffe/te	24	73	73					
Sukkerholdig saft	11	33	33					
Sukkerfri saft	3	9	9					
Grovt brød/rundst. e.l.	29	100			100			
Kneipp/ halvgrovt brød	9	31			31			
Loff/ fine rundst. e.l.	5	17			17			
Grove knekkebrød	13	48		48				
Frokostblading/musli	22	71				71		
Havregryn/ 4-korn	18	58				58		
Honnikorn	1	4						4
Corn flakes	4	14						14
Uviss frokostbland.	7	25						25
Varmrett	15	45	45					

